

Actes du colloque



Réduire les inégalités sociales de santé

lundi 11 janvier 2010

Ministère de la santé et des sports
Salle Laroque
14, avenue Duquesne
75007 PARIS



Avertissement

Les textes reproduits dans ces actes n'ont pas été rédigés pour publication, mais sont basés sur la retranscription des interventions et des débats du colloque. Ils ont été relus et amendés si nécessaire par les intervenants.



Les inégalités sociales et territoriales de santé continuent à s'accroître, aussi bien en France qu'au niveau international, mais ces inégalités ne sont pas une fatalité. A la demande de la Ministre de la santé et des sports, la Direction générale de la santé et l'Institut de Recherche en Santé Publique ont organisé un colloque international intitulé « Réduire les inégalités sociales de santé » le 11 janvier 2010 au Ministère de la santé et des sports.

Ce colloque s'inscrit dans le cadre de la préparation de la prochaine loi relative à la politique de santé publique. Il avait notamment pour but de présenter et de discuter l'analyse et les recommandations du Haut Conseil de la santé publique pour réduire les inégalités sociales de santé.

Par la contribution de Sir Michael Marmot, qui a présidé la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que celle de nombreux chercheurs, ce colloque a permis de faire le point sur les connaissances disponibles pour guider les actions, en France et au niveau européen.

L'identification des pistes d'action pour réduire les inégalités sociales de santé s'est appuyée sur la présentation des actions identifiées par le réseau Européen « Determine », du guide préparé sous la coordination de l'Inpes pour accompagner les directeurs des Agences régionales de santé, et des recommandations du Haut Conseil de la santé publique.

Ces présentations ont été suivies d'une table ronde permettant de recueillir les points de vue de responsables politiques, associatifs et institutionnels sur les éléments à prendre en compte dans l'élaboration d'une politique de réduction des inégalités sociales de santé.

En conclusion du colloque, Sir Michael Marmot a donné sa lecture des principaux enseignements à tirer de cette journée, suivie des conclusions de Madame Fadela Amara, secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville, et de Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Ce document présente la retranscription des présentations et des débats de cette journée.



Sommaire

INTRODUCTION	1
Didier Houssin , Directeur général de la Santé	
CONSTATS	5
Modérateur : Alfred Spira, Directeur de l'Institut de Recherche en Santé Publique	
CLOSING THE GAP IN A GENERATION	7
Michael Marmot , Président de la Commission « Déterminants sociaux de la Santé » de l'OMS	
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ PARMIS LES AUTRES INÉGALITÉS ÉCONOMIQUES ET SOCIALES	47
Christian Baudelot , Ecole Normale Supérieure	
LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	61
Annette Leclerc , Inserm	
COMPORTEMENTS ET TERRITOIRES	73
Emmanuelle Cadot , Inserm	
LE RÔLE DU SYSTÈME DE SOINS	83
Chantal Cases , Ined	
PROPOSITIONS D'ACTION	99
Modérateur : Martial Mettendorff, Chef de service, Secrétaire général de la Direction générale de la santé	
LE RAPPORT EUROPÉEN DETERMINE	101
Owen Metcalfe , Institute of Public Health Ireland	
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : UN VADE-MECUM POUR LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)	115
Nicolas Prisse , Direction générale de la Santé	
LE RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL « INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ » DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE	121
Thierry Lang , Haut Conseil de la santé publique	
TABLE RONDE	131
POINTS DE VUE ET PROPOSITIONS POUR UNE POLITIQUE DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS <i>La table ronde est animée par</i> Jean-François Girard , Conseiller d'Etat.	131
Claude Evin , Responsable préfigurateur Agence Régionale de Santé Ile de France	
Jean-Pierre Grünfeld , Professeur de néphrologie Paris Descartes, responsable de l'élaboration des recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013	
Valérie Levy-Jurin , Présidente du Réseau français des Villes Santé de l'OMS	
Nicole Maestracci , Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale	
Dominique Polton , Directrice de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques CNAMTS	
Christian Saout , Président de la Conférence Nationale de Santé	
CONCLUSIONS	143
DERNIÈRES REMARQUES	145
Michael Marmot , Président de la Commission « Déterminants sociaux de la Santé » de l'OMS	
CONCLUSION	149
Fadela Amara , Secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville, auprès du ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique	
CONCLUSION	153
Roselyne Bachelot-Narquin , Ministre de la santé et des sports	
ANNEXES	157
RÉFÉRENCES (LIENS INTERNET)	159
COMITÉ SCIENTIFIQUE	161



Introduction

Didier Houssin, Directeur général de la Santé



Mesdames, Messieurs, chers collègues,

L'inégalité d'accès à la salle Laroque aurait pu être le thème de cette journée. En effet, le nombre de places y est limité et les demandes d'inscription ont été nombreuses. Je ne suis d'ailleurs pas certain que la méthode de justice distributive qui a été retenue aurait été comprise comme « *justice as fairness* » pour reprendre la discussion que nous avons hier soir avec Sir Michael Marmot. J'en profite pour le remercier ainsi que Monsieur Metcalfe de prendre part à notre colloque.

Les inégalités sociales de santé existent. En effet, malgré la progression générale de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, les écarts persistent ou s'accroissent entre les territoires. Les inégalités sont présentes à tous les niveaux. Elles concernent aussi bien les comportements à risques, les expositions professionnelles, les expositions environnementales et l'utilisation des services de santé et de soins. Récemment, je me suis intéressé aux résultats de couverture vaccinale du virus H1N1 dans le département des Hauts de Seine. Il apparaît que cette couverture est de 14 % à Neuilly et Saint-Cloud et de 6 % à Gennevilliers et Nanterre alors qu'il s'agit d'une vaccination assez aisée et gratuite.

La réduction des inégalités sociales de santé doit être l'un des principes directeurs des politiques de santé. C'est une responsabilité que le Ministère de la Santé doit assumer. En effet, la plus grande efficacité des programmes de prévention peut finalement aboutir à accentuer les inégalités qu'il s'agisse de nutrition, de lutte contre le tabagisme ou de dépistage. Nous pouvons également observer que le renforcement de l'efficacité du système de soins peut se faire au détriment de certaines catégories sociales. Il convient enfin de porter une attention particulière aux capacités des programmes et des services de santé à atteindre les populations les plus fragiles tout en veillant à ce que celles-ci ne soient pas stigmatisées ou marginalisées.

Si la question des inégalités sociales de santé concerne au premier chef le Ministère de la Santé, elle doit être examinée de façon beaucoup plus large. Il ne s'agit pas d'une préoccupation nouvelle. La lutte contre les inégalités sociales de santé était un des fondements de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Je ne citerai pas l'ensemble des articles. L'article 1411-1 du code de santé publique prévoyait notamment la réduction des inégalités par la promotion de la santé et le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire. L'article 1411-2 disposait que le rapport du Haut Conseil de Santé Publique sur l'analyse des problèmes de santé avait pour tâche de dresser un état des inégalités socioprofessionnelles et géographiques de santé. Un certain nombre d'initiatives de la récente loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires visaient également à approcher ces questions dans le cadre des missions des agences régionales de santé, du projet régional de santé, du rôle des commissions de coordination des politiques publiques de santé et des missions des établissements de santé. La loi s'efforce également de prendre en compte les questions d'accès aux soins et de répartition des professionnels de santé sur le territoire, de lutte contre les refus de soins et de sanction des discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins.

Nous disposons également d'une expérience d'actions au niveau local assez riche quand bien même ces dernières ne sont pas suffisamment documentées ou évaluées. Je pense notamment aux PRASP (programmes régionaux pour les personnes en situation de précarité), aux permanences d'accès aux soins dans les établissements de santé et aux ateliers santé-ville. Nous devons évidemment aller plus loin. Ce colloque va nous aider à orienter notre travail afin de mieux structurer la politique de santé et, éventuellement, préparer une prochaine loi relative à la politique de santé publique. Pour ce faire, nous devons nous organiser pour mieux répondre à deux défis complémentaires, à savoir la question des problèmes de santé des plus fragiles, précaires, exclus, marginalisés mais également la réduction globale des inégalités sociales de santé qui se traduisent par des gradients de santé selon les catégories sociales. En France, un travail très important reste à faire dans ce domaine. Enfin, les problématiques de systèmes d'information et de recherche devraient nous permettre d'éclairer les décisions à prendre, de suivre les actions mises en œuvre et d'évaluer efficacité et impact.

Pour répondre à ces défis, il convient sans doute d'agir à plusieurs niveaux : sur le plan national dans le cadre des plans de santé publique ; au niveau régional avec la création des agences régionales de santé ; au niveau local avec les collectivités locales.

Le Ministère de la Santé ne peut pas agir seul. Bien sûr il doit assumer ses responsabilités dans le champ des services de santé. Toutefois, nous ne serons efficaces qu'en favorisant l'intersectorialité des politiques de santé. La santé se joue en effet dans de nombreux domaines. A ce titre, j'avais été très impressionné par ce que la présidence finlandaise avait fait en instaurant la notion de santé dans toutes les politiques. Nous savons en effet, qu'il s'agisse d'emploi, d'éducation, d'urbanisme, de transport, de logement, qu'il existe des effets importants sur les déterminants sociaux de la santé. Le Ministère de la Santé devrait par conséquent être en capacité d'alerter les autres Ministères. Encore faut-il qu'il ait la capacité d'être écouté et entendu. C'est en effet un enjeu très difficile que d'arriver à faire en sorte que l'on se préoccupe, dans les autres politiques, de l'impact sur la santé.

Ce colloque va nous permettre de faire le point sur les connaissances disponibles et de partager les expériences acquises en France et sur le plan international. Je remercie Michael Marmot qui nous fait l'honneur de partager l'analyse qu'a réalisé sous sa présidence la Commission mise en place par l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé ainsi que l'expertise qu'il a acquis au cours de sa carrière. Je rappelle que le rapport de cette commission Comblent le fossé en une génération est en effet un document clé. Sir Marmot a également accepté de suivre l'ensemble des échanges de cette journée pour nous livrer ses conclusions en fin de journée.

Monsieur Christian Baudelot nous apportera également un éclairage élargi sur la question plus générale des inégalités sociales. Mesdames Annette Leclerc, Emmanuelle Cadot et Chantal Cases ont accepté de réaliser un travail de synthèse sur les angles complémentaires et les connaissances qui peuvent nous permettre de mieux guider nos actions. L'après-midi sera centré sur les expériences d'actions conduites. Monsieur Owen Metcalfe, dont je salue la présence, nous présentera les échanges d'expériences du réseau des instituts de santé publique Determine. Monsieur Nicolas Prisse de la Direction Générale de la Santé nous soumettra les travaux du groupe animé par Bernard Basset, Directeur adjoint de l'Inpes, sur les outils développés pour travailler sur le sujet des inégalités de santé. Thierry Lang nous présentera les recommandations élaborées par le Haut Conseil de Santé Publique à la demande de la Ministre de la Santé. Enfin, une table ronde, animée par Jean-François Girard, rassemblera un certain nombre d'importants responsables associatifs et institutionnels qui exprimeront leurs réactions et leurs attentes sur ce sujet majeur.

Je souhaite remercier évidemment la Direction générale de la Santé en la personne d'Alain Fontaine et de tous ceux qui se sont mobilisés dans la préparation de ce colloque. Mes remerciements vont également à l'Institut de Recherche en Santé Publique et à Alfred Spira pour son aide précieuse dans la préparation de ce colloque ainsi qu'au Comité scientifique.

A la fin de la journée Madame Fadela Amara, Secrétaire d'Etat en charge de la politique de la ville et Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports nous livreront le point de vue des Ministères.

Je conclurai en saluant la mémoire d'un serviteur de la République, Philippe Seguin, ancien Ministre des Affaires sociales dont les obsèques sont célébrées ce jour. Ce dernier s'était en effet largement intéressé aux questions d'inégalités sociales. Le 18 décembre dernier, il avait participé à la journée du Haut-Conseil de Santé Publique en tant que premier Président de la Cour des Comptes et souligné l'importance qu'il accordait, dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques, à l'évaluation des politiques de santé. Il avait déclaré il y a quelques années qu'il considérait que « le pouvoir était une lutte permanente contre l'impuissance et qu'il s'agissait parfois d'un travail éreintant ». Je pense que beaucoup d'entre vous se reconnaîtront aujourd'hui dans cette citation ayant à faire face aux difficultés et lourdeurs quotidiennes de l'action. Je souhaite par conséquent que cette journée soit une journée d'écoute, de méthode et, en mémoire de Philippe Seguin, d'obstination.



Session 1

Constats

Modérateur : Alfred Spira, Directeur de l'Institut de Recherche en Santé Publique

- Comblent le fossé en une génération, *Michael Marmot, Président de la Commission « Déterminants sociaux de la santé » de l'OMS*
- Les inégalités sociales de santé parmi les autres inégalités économiques et sociales, *Christian Baudelot, École Normale Supérieure*
- Ce que l'on sait des inégalités en France permettant d'orienter les actions :
 - Les déterminants sociaux de la santé, *Annette Leclerc, Inserm*
 - Comportements et territoires, *Emmanuelle Cadot, Inserm*
 - Le rôle du système de soins, *Chantal Cases, Ined*
- Discussion



Closing the gap in a generation

Comblent le fossé en une génération

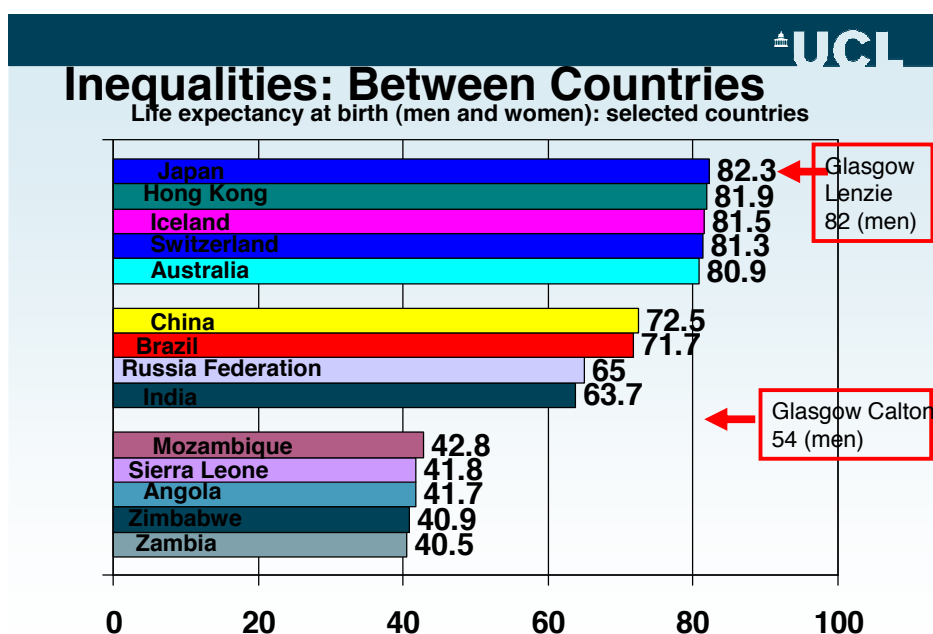
Michael Marmot, Président de la Commission « Déterminants sociaux de la Santé » de l'OMS



Professor Sir Michael G. Marmot MBBS, MPH, PhD, FRCP, FFPHM, FMedSci, FBA
 Directeur de l'International Institute for Society and Health
 Professeur titulaire de la Chaire de recherche en épidémiologie et santé publique du Medical Research Council, University College de Londres
 Michael Marmot dirige un groupe de recherche sur les inégalités de santé depuis 30 ans. Il est l'investigateur principal des études de cohortes de fonctionnaires britanniques (Whitehall Studies), dont les recherches portent sur les explications du gradient négatif associant de façon marquée la classe sociale à la morbidité et à la mortalité. Il dirige l'étude britannique longitudinale du vieillissement (English Longitudinal Study of Ageing-ELSA) et participe activement à plusieurs efforts internationaux de recherche sur les déterminants sociaux de la santé. Il préside le Groupe Scientifique de Référence sur la lutte contre les inégalités sociales du Ministère de la santé (Department of Health). Il a été membre de la Commission Royale sur la pollution environnementale pendant six ans et est membre honoraire de la British Academy. En 2000, il a été annobli par Sa Majesté la Reine d'Angleterre pour services rendus en épidémiologie et dans la compréhension des inégalités de santé. Reconnu pour l'éminence de ses travaux au niveau international, le Professeur Marmot est l'un des Vice-Présidents de l'Academia Europaea et est Membre associé à titre étranger de l'Institute of Medicine (IOM) ; il a présidé la Commission sur les déterminants sociaux de la santé mise en place par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2005. Il a reçu le prix Balzan pour l'épidémiologie en 2004, a prononcé en 2006 le discours annuel du Royal College of Physicians of London dédié à William Harvey (Harveian Oration), et a remporté le Prix William B. Graham pour la recherche sur les services de santé en 2008. Il réalise actuellement une étude systématique des inégalités de santé à la demande du gouvernement britannique.

L'espérance de vie à la naissance pour la population de Zambie est de 40,5 ans, alors qu'elle est de 82,3 ans au Japon. Pour les femmes du Zimbabwe, l'espérance de vie est environ de 34 ans, alors qu'elle est de 86 ans pour les femmes du Japon. Il n'existe pas de raison biologique pour cet écart d'espérance de vie de 50 ans entre les plus privilégiés et les plus désavantagés dans le monde. Il est apparu pour des raisons politiques, sociales et économiques.

Toutefois, ce problème ne concerne pas que les pays pauvres. Le rapport de la Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé a mis en évidence que l'espérance de vie des hommes vivant dans les quartiers les plus pauvres de Glasgow est de 54 ans, alors qu'elle est de 82 ans dans la partie la plus riche de la ville. Etant donné que l'espérance de vie des hommes est de 62 ans en Inde, les hommes des quartiers les plus pauvres de Glasgow ont donc une espérance de vie 8 ans plus courte qu'en Inde ; 75% de la population en Inde vit avec 2 US\$ par jour ou moins, ce qui n'est pas le cas de Glasgow, et les gens n'y meurent pas de diarrhée, de manque de nourriture ou de paludisme, mais de maladies cardiaques, de cancers, et de problèmes liés à l'alcool. Ce sont les mêmes causes que celles qui touchent le reste de la population du Royaume Uni, mais à Glasgow les gens meurent simplement plus vite.

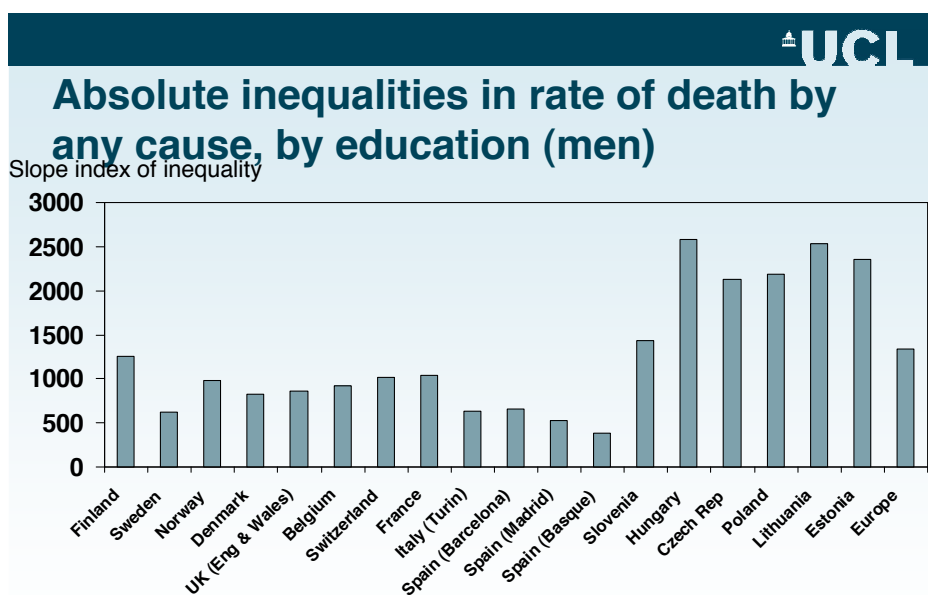


National LE data HDP 2007/2008, Glasgow data: Hanlon et al. 2006

Life expectancy at birth for people in Zambia is 40.5 years, whereas for Japan, it is 82.3. For women in Zimbabwe, life expectancy is about 34, while it is 86 for women in Japan. There is no biological reason for this 50 year difference in life expectancy between the best off and the worst off in the world. It has arisen for political, social and economic reasons.

However, this is not just an issue for poor countries. The report of the Commission on Social Determinants of Health highlighted that life expectancy for men in the poorest part of Glasgow is 54, whereas for men in the richest part of the city it is 82. As life expectancy for men in India is 62, men in the poorest part of Glasgow therefore have a life expectancy that is eight years less than in India. 75% of India's population lives on US\$2 a day or less, which is not the case for Glasgow and people there do not die of diarrhoea, a lack of food or malaria, but of heart disease, cancer and alcohol-related issues. These are the same causes as for people in the rest of the United Kingdom, but in Glasgow they just die at a faster rate.

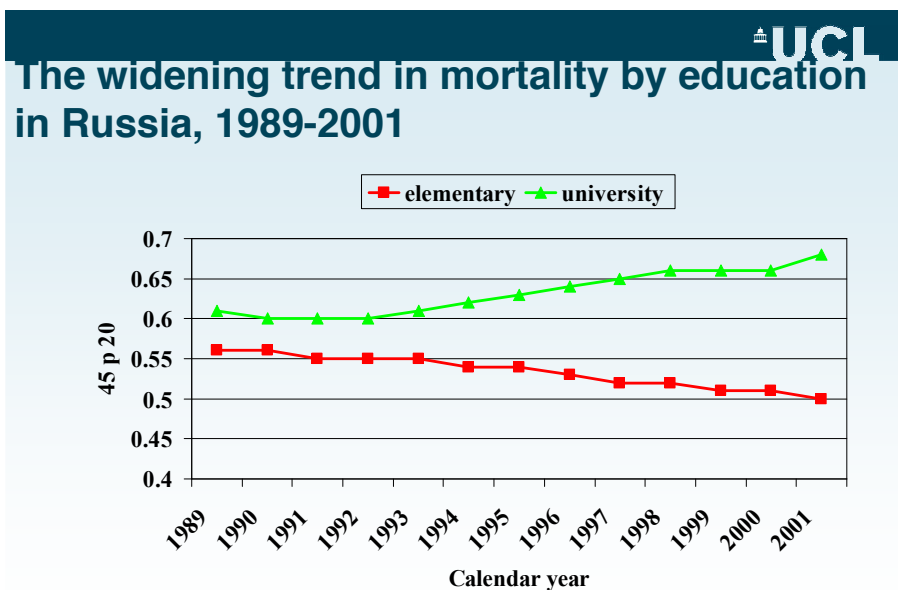
Les problèmes d'inégalités de santé ne sont donc pas confinés aux pays pauvres et l'importance de la situation est effrayante. Johan Mackenbach et collègues ont regardé les inégalités de santé en Europe : cette analyse nous montre que l'importance des inégalités en France est analogue à celle observée au Royaume Uni, mais supérieure à celle de la Suède. Nous pouvons également constater à quel point les inégalités sont plus fortes en Europe Centrale et en Europe de l'Est, et les données disponibles suggèrent qu'il s'agit d'un phénomène relativement récent, apparu dans les suites de l'effondrement des régimes communistes. Il semble que les deux dernières décades des régimes ex communistes ont été très défavorables pour la santé dans ces pays, qui sont restés en retard par rapport aux améliorations observées en Europe de l'Ouest. Selon une plaisanterie en vogue, le pire aspect du communisme a été le post-communisme, et son effondrement a entraîné ces accroissements importants des inégalités.



Mackenbach et al 2008

The problems of inequalities in health are therefore not confined to poor countries and the magnitude of the situation is frightening. Johan Mackenbach and colleagues looked at inequalities in health across Europe and from this we can see that France has a similar magnitude of inequalities as the UK, but more than in Sweden. We can also see how much bigger the inequalities are in Central and Eastern Europe and the evidence suggests that this is a relatively recent phenomenon, happening after the collapse of communism. It appears that the last two decades under communism were very bad for health in those countries, where it lagged behind improvements in Western Europe. As the joke goes, the worst thing about communism was post-communism, and its collapse led to these big increases in inequalities.

Dans de nombreux pays, les différentiels se sont accrus. Nos propres données sur la Russie montrent que la probabilité qu'une personne de 20 ans survive jusqu'à l'âge de 65 ans a diminué pour les personnes de niveau d'éducation primaire et a augmenté pour celle de niveau d'éducation universitaire, et nous pouvons observer cet écart croissant dans de nombreux pays. Je pars du postulat que si l'écart peut augmenter, il peut aussi se réduire, et que notre défi est d'avoir des politiques qui permettront à cette réduction de se produire.

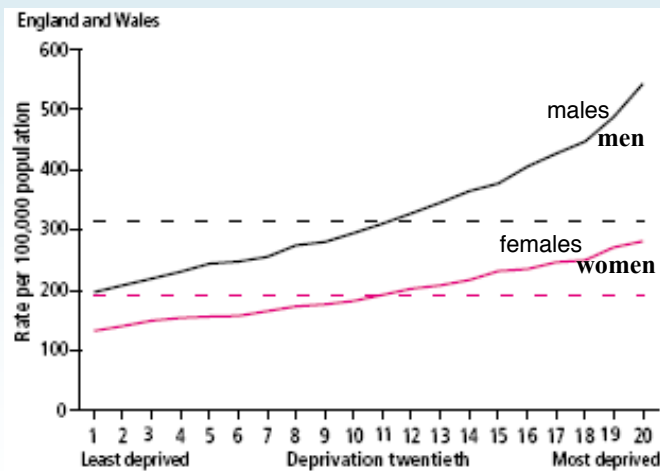


Source: Murphy et al, AJP, 96, 1293-9, 2006

In many countries, the differentials have been increasing. Our own data from Russia show that the probability of a 20-year-old person surviving to the age of 65 has been going down for those with elementary education and rising for those with university education, and we can see this increasing gap in many countries. I start from the assumption that if the gap can get bigger, it can also get smaller and our challenge is to have policies that will allow that to happen.

L'un des éléments nouveaux de l'analyse systématique des inégalités de santé que je suis en train de réaliser pour le gouvernement Britannique est l'accent que nous mettons sur le gradient. Le Professeur Houssin a évoqué les plus désavantagés, mais il a également dit que nous devons penser à ce gradient. Si nous regardons les taux de mortalité en Angleterre en relation avec la distribution de l'indice de défavorisation, nous pouvons constater que ceux qui sont dans le deuxième groupe le plus favorisé ont une mortalité plus élevée que ceux qui sont dans le groupe le plus favorisé, ceux dans le troisième groupe une mortalité plus élevée que ceux dans le deuxième groupe, que ceci se poursuit tout au long de l'échelle, et que les inégalités entre la moyenne et les plus favorisés sont presque aussi importantes qu'entre la moyenne et les moins favorisés. Les données disponibles pour la ville de Strasbourg montrent également qu'il y a un gradient social net en termes d'incidence de l'infarctus du myocarde, par exemple.

Deaths rates (age standardized) for all causes of death by deprivation twentieth, ages 15-64, 1999-2003, England and Wales



The dashed lines are average mortality rates for men and women in England and Wales
Romeri et al 2006

One of the things that is new about the review that I am doing for the British Government on health inequalities is the focus on the gradient. Professor Houssin talked earlier about the worst off, but he also said that we must think about the gradient. If we look at death rates in England in terms of the distribution of deprivation, we can see that the second most affluent have higher mortality than the most affluent, the third most affluent have higher mortality than the second most affluent and that this goes on right across the scale, and that the inequalities from the average up are almost as big as the inequalities from the average down. Data for Strasbourg also show that there are clear gradients in terms of myocardial infarction, for example.

Distribution of myocardial infarction event rates according to area deprivation class: Strasbourg

	Deprivation classes					p trend
	Least deprived C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	Most deprived C ₅	
Event rates men ^a	227	232	249	260	281	0.09
35-54 ^b	111	134	146	178	148	0.01
55-74 ^b	433	405	431	401	518	0.37
Event rates women ^a	50	50	61	77	121	<0.01
35-54 ^b	9	16	22	28	81	<0.01
55-74 ^b	122	109	129	165	192	<0.01

^a Age standardised annual rates (per 100,000 inhabitants), using the direct method and the world standard population.

^b Annual specific rates (per 100,000 inhabitants) by age and sex.

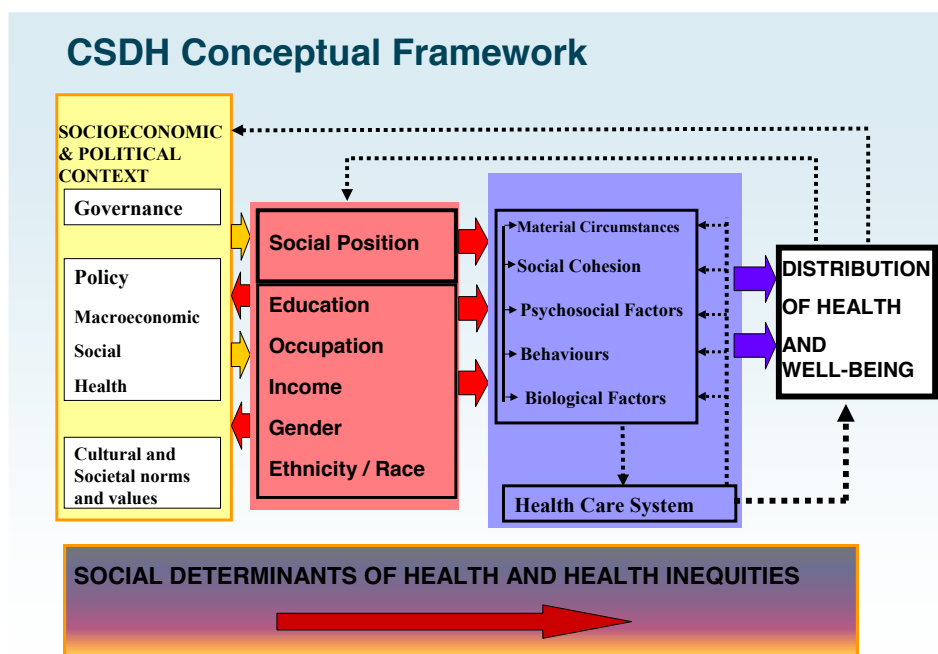
Havard et al 2008

En Grande Bretagne, les politiques sociales tendent à se polariser sur les plus défavorisés, et les responsables politiques veulent dépenser l'argent là où le besoin est le plus important. Toutefois, il faut intéresser les responsables politiques à réduire les taux de mortalité pour tous. Ces taux de mortalité peuvent évoluer, et le défi posé aux politiques publiques est de s'attaquer au gradient, ce qui est assez différent de s'adresser aux plus défavorisés, où il s'agit d'éliminer les conséquences de la pauvreté pour la santé. Mais la réduction des inégalités nécessite d'agir sur l'ensemble de la société, et les politiques en Grande Bretagne n'ont pas été orientées dans ce sens.

Le modèle conceptuel de la Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé est parti de la distribution de la santé et du bien-être, en examinant les conditions matérielles, la cohésion sociale, les facteurs psychosociaux, les comportements, les facteurs biologiques et les services de santé. Il est alors apparu important de reconnaître que ces « expositions » sont distribuées de façon différente dans la société en relation avec les mesures de position sociale en termes d'éducation, de revenu, de genre, d'ethnicité et de race. Toutefois, ces caractéristiques sont toutes situées dans un contexte socioéconomique et politique, et nous avons en conséquence également examiné la gouvernance, les politiques macroéconomiques, les politiques sociales et les politiques de santé, ainsi que les normes et les valeurs culturelles et sociales. C'est cela que nous appelons les déterminants sociaux des inégalités de santé.

Le rapport a été intitulé « Comblé le fossé en une génération ». Mais plus qu'une prédiction, c'est une affirmation de ce que nous pensons possible. Nous avons les connaissances et les moyens de combler le fossé en une génération, mais la question est de savoir si nous avons la volonté de le faire. Je ne crois pas, bien sûr, que le fossé sera comblé en une génération, parce que, simplement, cela ne se produira pas.

In Britain, social policy tends to focus on the most deprived, and politicians want to spend money where it is needed most. However, politicians need to be interested in reducing mortality rates for everyone. These mortality rates can change and the challenge for public policy is to deal with the gradient, which is quite different from dealing with the most deprived, which is about getting rid of the health consequences of poverty. However, addressing inequality requires action across the whole of society and policies in Britain have not been oriented that way.



Source: CSDH Final Report, WHO 2008, adapted from Solar & Irwin, 2007

The conceptual framework of the Commission on Social Determinants of Health was to start with the distribution of health and wellbeing, looking at the material circumstances, social cohesion, psychosocial factors, behaviour, biological factors and the healthcare system. It was then important to recognise that these so-called exposures are differentially distributed in society according to the measures of social position of education, income, gender, ethnicity and race. However, these are all situated within a socioeconomic and political context and we therefore also looked at governance, macroeconomic, social and health policies, and cultural and societal norms and values. That is what we mean by the social determinants of health inequalities.

The report was entitled, *Closing the Gap in a Generation*. However, rather than a prediction, this is a statement of what we think is possible. We have the knowledge and means to be able to close the gap in a generation, but the question is whether we have the will to do so. I do not, of course, believe that the gap will close in a generation because it is simply not going to be done.

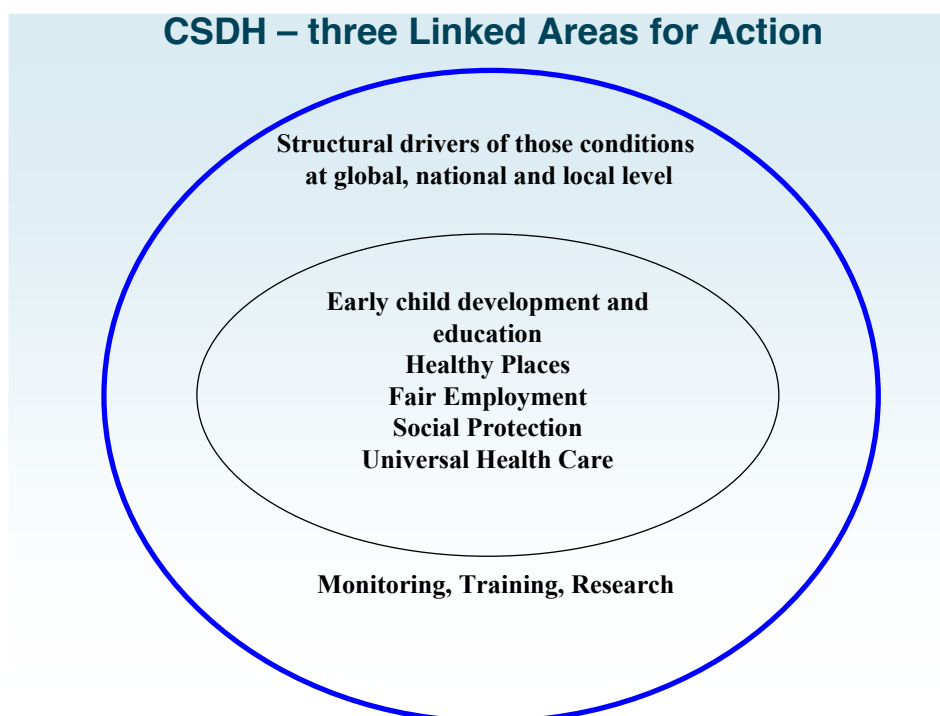
Une des questions clés soulevées porte sur les considérations économiques, et les Gouvernements, en particulier, demandent combien cela va coûter. J'insiste sur le fait que nous devons faire face à ces inégalités de santé évitables pour des raisons de justice sociale et parce que c'est ce qu'il est juste de faire. En fait, j'ai inclus des estimations dans mon analyse, mais j'ai aussi regardé le coût de « ne rien faire », et ce coût est astronomique. Par exemple, notre rapport estime qu'il coûterait 100 milliards de \$US de réhabiliter les bidonvilles de la planète. Certains peuvent penser qu'il est stupide d'imaginer que quiconque pourrait mobiliser 100 milliards de \$US pour quoi que ce soit. Néanmoins, nous avons dépensé 9 000 milliards de \$US pour sauver les banques. Ne serait-il donc pas possible de trouver 100 milliards pour que tout le monde dans le monde ait accès à de l'eau courante propre ?

Nous avons donc placé la justice sociale tout en haut de nos valeurs, et l'importance du renforcement des capacités (empowerment) parcourt l'ensemble du rapport de la Commission. Nous avons considéré que ce concept avait comme dimensions le bien-être matériel, la capacité psychosociale—avoir le contrôle de sa propre vie--, et la capacité politique--avoir son mot à dire. Il est important d'avoir le contrôle. Quand nous avons publié le rapport, certains hommes politiques Britanniques ont demandé où se trouvait la responsabilité individuelle. Pour moi, la responsabilité individuelle est absolument au centre. Nous devons créer les conditions qui permettent aux individus de prendre le contrôle de leur propre vie. Toutefois, nous ne devons pas vivre dans l'illusion que la liberté est accessible à tous dans le cadre de notre organisation économique et sociale actuelle. Le renforcement des capacités psychosociales est donc essentiel.

Nous avons trois principes d'action dans les travaux de la Commission. Ce sont : les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ; les déterminants structurels de ces conditions au niveau global, national et local ; et l'importance du suivi, de la formation et de la recherche. Nous avons examiné le développement et l'éducation des jeunes enfants, la qualité du cadre de vie, le caractère équitable des conditions d'emploi, la protection sociale et l'accès universel aux services de santé.

One of the key issues that come up is economic considerations, and Governments, in particular, ask how much it will cost. I insist that we should deal with these avoidable health inequalities for reasons of social justice and because it is the right thing to do. In fact, I have included some figures in my review, but I have also looked at the cost of doing nothing, which is astronomical. For example, our report set out that it would cost US\$100 billion to upgrade the world's slums. People might think that it is stupid to believe that anyone would find US\$100 billion for anything. However, we have spent US\$9 trillion on bailing out the banks. Could we not therefore find US\$ 100 billion so that everyone in the world has clean running water?

We therefore put social justice right at the top, and running through the Commission report was the importance of empowerment, which we saw as having the dimensions of material wellbeing; the psychosocial, where you have control of your life; and the political, which is having a voice. It is important to have control. When we published the report, some British politicians asked where personal responsibility was to be found. For me, personal responsibility is absolutely at the centre. We have to create the conditions that allow people to take control of their own lives. However, we must not live under the delusion that freedom is available to everyone under our present set of economic and social arrangements. Psychosocial empowerment is therefore central.



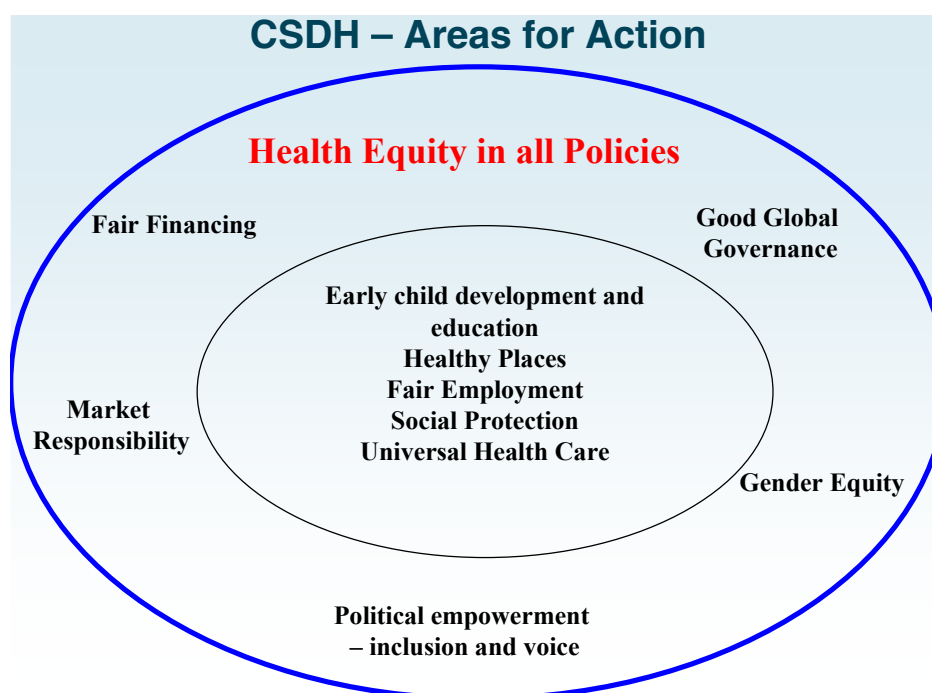
We had three principles of action in the Commission. These are: the conditions in which people are born, grow, live, work and age; the structural drivers of those conditions at global, national and local level; and the importance of monitoring, training and research. We looked at early child development and education, healthy places, fair employment, social protection and universal healthcare.

Le Professeur Houssin a évoqué la santé dans toutes les politiques : pour nous, cela concernait l'équité en santé, la bonne gouvernance globale, l'équité vis-à-vis des femmes et entre genres, le renforcement des capacités politiques, la responsabilité des marchés et le caractère équitable des dispositifs de financement.

Mon cauchemar était que le destin du rapport de la Commission serait celui de la plupart des rapports. Toutefois, je ne crois pas que cela ait été tout à fait le cas. Le rapport a été publié en Août 2008, la Conférence Globale s'est tenue ensuite à Londres, avec 80 pays représentés, et il y a eu des colloques dans toutes les régions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le Brésil a eu sa propre Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé et cela fait partie de leur politique sociale nationale. Le Chili, l'Angleterre, le Canada, la Slovénie, plusieurs pays Nordiques, l'Argentine et l'Inde ont également inscrit ce point sur leur agenda. Il constitue maintenant une part importante du Centre OMS de Kobe, où les villes sont encouragées à entreprendre une analyse de l'équité en santé et à agir. La présidence Espagnole de l'Union Européenne fait de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé une priorité.

L'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté une résolution en 2009, le Conseil Economique et Social des Nations Unies (ECOSOC) l'a reprise, et la question figure également sur différents agendas de recherche. La résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé dit que tous les États Membres devraient s'attaquer aux inéquités de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé et évaluer l'impact des politiques et des programmes sur la santé ainsi que sur les buts de développement global.

Margaret Chan, le Directeur Général, a déclaré : « la Santé Publique peut être reconnaissante de l'apport de la Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé. Une part importante de la responsabilité du fait que notre monde fonctionne de façon essentiellement injuste se situe au niveau des politiques menées. » Elle, au moins, a intégré le message de la Commission.



Professor Houssin talked earlier about health in all policies: for us, it was about health equity, good global governance, women and gender equity, political empowerment, market responsibility and fair financing.

My nightmare was that the fate of the Commission's report would be the fate of most reports. However, I do not think that that has been quite the case. The report was published in August 2008, the Global Conference took place later in London, where 80 countries were represented, and there have been meetings in all the regions of the World Health Organisation (WHO). Brazil has had its own Commission on Social Determinants of Health and it is part of their national social policies. Chile, England, Canada, Slovenia, several Nordic countries, Argentina and India have also taken it on board. It is now a major part of the WHO Kobe Centre, where cities are being encouraged to take up analysis of health equity and action. The Spanish Presidency of the European Union is making health equity and the social determinants of health a priority.

There was a resolution at the World Health Assembly (WHA) in 2009 and the Economic and Social Council (ECOSOC) of the United Nations has taken it on, and it is also on various research agendas. The World Health Assembly resolution said that all member states should tackle health inequities through action on the social determinants of health and look at the impact of policies and programmes and in global development goals.

Margaret Chan, the Director General, said, 'Public health can be grateful for backing from the Commission on Social Determinants of Health. Much of the blame for the essentially unfair way our world works rests at the policy level. She, at least, has taken on board the Commission's message.'

Lors de la réunion du Conseil Economique et Social des Nations Unies, Ban Ki Moon, le Secrétaire Général, a déclaré : « Il existe des inéquités de santé persistantes et la majeure partie de l'écart est attribuable aux conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ». Il était clair que Ban Ki Moon, et beaucoup d'autres, étaient au fait du contenu de notre rapport.

Je me suis demandé si la santé de qui que ce soit serait améliorée du fait d'une résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé ou parce que ECOSOC avait repris cette résolution. Mais même un pas de nourrisson est un pas. Tous les différents groupes d'intérêts veulent maintenant entendre parler des déterminants sociaux de la santé. Je suis intervenu devant la Société de l'Hypertension Artérielle et dans des réunions sur la violence, la santé mentale, l'alcool, l'obésité, le développement urbain, le régime Méditerranéen, la crise économique, le développement international et la recherche. Cette question est donc sur de nombreux agendas, et même si cela peut prendre du temps pour que la santé d'une seule personne s'améliore grâce à cela, ce sont des pas dans la bonne direction.

Lors de la Conférence de présentation du rapport, le Premier Ministre Gordon Brown a annoncé que j'allais entreprendre une nouvelle analyse systématique des inégalités de santé en Angleterre, analyse au cours de laquelle nous apprendrions des autres pays.

Alan Johnson, qui était alors Secrétaire d'État pour la Santé, a déclaré que cette analyse systématique s'appuierait sur les travaux de la Commission OMS sur les Déterminants Sociaux de la Santé. J'en suis vraiment heureux. Tout d'abord, cela signifie que l'analyse Anglaise est une affirmation du fait que le gouvernement Britannique prend le rapport de la Commission au sérieux. Ensuite, j'ai l'espoir que cela aura un impact sur la politique sociale et sur la politique de santé en Grande Bretagne. Troisièmement, d'autres pays pourraient également faire quelque chose de semblable. Ce serait merveilleux si la Commission globale et l'analyse conduite en Angleterre stimulaient d'autres pays pour qu'ils deviennent actifs dans ce domaine. Un collègue Danois m'a dit que son Ministre de la Santé lui avait demandé de réaliser une analyse systématique des inégalités de santé, et c'est ce dont nous avons besoin. Les actions que la France mettra en oeuvre ne seront pas les mêmes que celles mises en oeuvre en Grande Bretagne, au Danemark ou au Brésil, même si je suggérerais que les principes seront semblables. Mais la façon dont cela se traduira dans les actions nationales, régionales et locales pourrait être différente, d'où l'importance de transposer le rapport de la Commission dans un contexte national.

Cette question est posée depuis le 19ème siècle. Plus récemment, il y a eu la Commission d'Enquête Acheson en Grande Bretagne en 1998, l'analyse transversale du Ministère des Finances sur les inégalités de santé en 2002, et un programme d'action. Cependant, ce programme était principalement centré sur l'amélioration des conditions de vie des plus défavorisés et n'a pas du tout porté sur le gradient social.

Les termes de référence de l'analyse, dont le titre officiel est « Analyse Stratégique des Inégalités de Santé en Angleterre après 2010 », étaient d'identifier les données disponibles pouvant être le support de la politique et des actions à mener dans le futur, de faire des recommandations sur des objectifs et des actions envisageables, et de publier un rapport après 2010.

Nous avons commencé nos travaux en Janvier 2009 et soumis notre rapport au Ministère de la Santé le 23 Décembre. Nous publierons le rapport le 11 Février et nous tiendrons une conférence à Londres le jour suivant.

At the Economic and Social Council of the United Nations, Ban Ki-moon, the Secretary General said, 'There are persisting health inequities and most of the difference is attributable to the conditions in which people are born, grow, live, work and age'. It was clear that Ban Ki-moon and many others were aware of what was in our report.

I asked myself whether anyone's health would improve because we had a resolution at the World Health Assembly or because ECOSOC had taken it on. However, even a baby step is a step. All the different interest groups now want to hear about the social determinants of health. I have spoken to the Hypertension Society and at meetings on violence, mental health, alcohol, obesity, urban development, the Mediterranean diet, the economic crisis, international development and research. This is therefore on people's agendas and while it may take a while for the health of a single person to improve because of it, these are steps in the right direction.

At the Closing the Gap conference, Prime Minister Gordon Brown announced that I would be undertaking a new review of health inequalities in England, where we will learn from other countries along the way.

Alan Johnson, then Secretary of State for Health, said that the review should be in the light of the WHO Commission on Social Determinants of Health. I am really pleased by this. Firstly, it means that the English review is a statement that the British Government is taking the Commission's report seriously. Secondly, I am hopeful that it will have an impact on social and health policy in Britain. Thirdly, other countries might also do something similar. It would be wonderful if the global Commission and the review in England stimulated other countries to become active. A colleague in Denmark told me that his Minister of Health had asked him to conduct a review of health inequalities, and that is what we need. The actions that France will take will not be identical to those taken in Britain, Denmark or Brazil, although I would suggest that the principles will be similar. However, how that translates into national, regional and local action might be different, hence the importance of translating the Commission's report into a national context.

This issue goes right back to the 19th Century. More recently, there was the Acheson Inquiry in Britain in 1998, Her Majesty's Treasury's cross-cutting review on health inequalities in 2002 and a programme for action. However, that programme was largely focused on improving the lives of the worst off and did nothing at all about gradient.

The terms of reference for the review, whose formal title is Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010, were to identify evidence to underpin future policy and action; show how the evidence could be translated into practice; advise on possible objectives and measures; and publish a report post-2010.

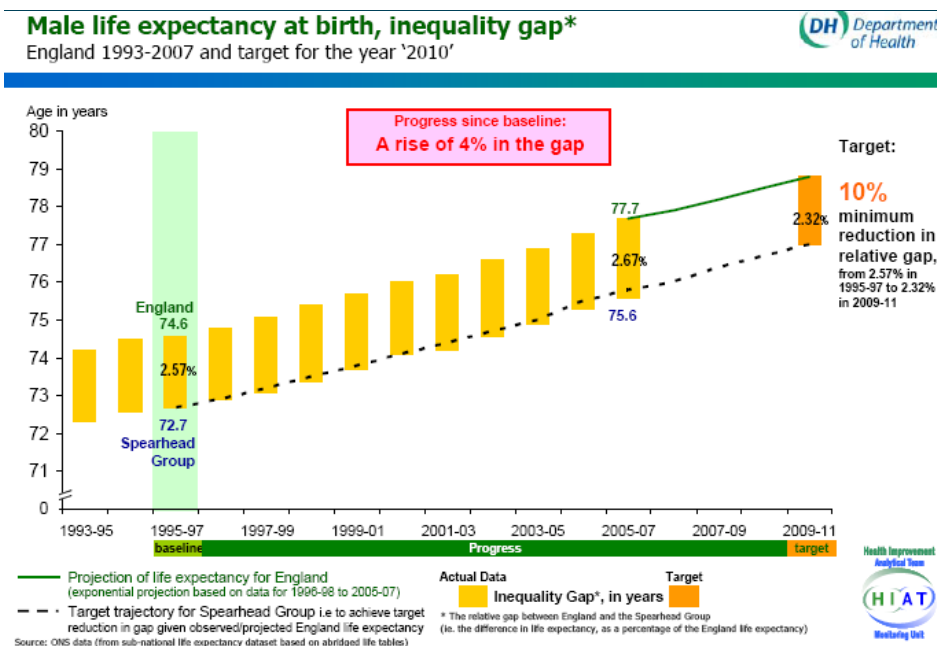
We started in January 2009 and submitted our report to the Department of Health on 23 December. We will publish the report on 11 February and hold a conference in London on the following day.

En Grande Bretagne, nous nous sommes concentrés sur les plus désavantagés—ceux que l'on a appelé le groupe « de pointe »--et sur les 10% des quartiers (Local Authorities) les plus défavorisés. La période de référence pour le programme d'action était 1995-1997 et l'espérance de vie des hommes dans le groupe de pointe était de 72,7 ans. Au cours des dix années suivantes, l'espérance de vie dans ce groupe a augmenté de 2,9 ans. Ce point est important parce que certains ont dit que les inégalités de santé avaient augmenté en Grande Bretagne malgré la présence d'un gouvernement travailliste.

Toutefois, il faut replacer ce constat dans son contexte. Premièrement, la santé des plus défavorisés s'est améliorée de façon substantielle. L'espérance de vie des plus défavorisés est meilleure actuellement que l'espérance de vie moyenne il y a dix ans, et ceci donne une nouvelle illustration des raisons pour lesquelles nous ne devrions pas accepter les choses comme elles sont. Nous pouvons constater avec quelle rapidité l'espérance de vie des plus défavorisés peut s'améliorer. Cependant, l'espérance de vie moyenne a augmenté de 3,1 ans, et l'écart a donc en fait augmenté.

Nous devons donc avoir les deux buts d'améliorer la santé de tous et de réduire l'écart. Il y aura toujours des gens qui voudront réduire les inégalités en réduisant le niveau de santé des plus favorisés. Mais nous ne voulons pas, bien sûr, que la santé de qui que ce soit se détériore. Néanmoins, nous pensons que l'état de santé des plus défavorisés pourrait s'améliorer plus rapidement si nous prêtions attention aux conditions dans lesquelles ils naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

La grande question porte sur le type de société que nous voulons, et je pense que c'est seulement maintenant que nous arrivons finalement à poser cette question. Nous avons tenu pour acquis que c'était une bonne chose d'avoir un secteur financier vivace, mais voici que la crise économique est survenue, causée par la City de Londres. Nous nous demandons maintenant si c'était vraiment une si bonne chose et nous nous demandons quel type de société nous voulons.



We have been focusing in Britain on the worst off – the so-called spearhead group – and the lowest 10% of Local Authorities. The baseline for the programme for action was 1995-1997 and life expectancy for males in the spearhead group was 72.7 years. Over the next 10 years, life expectancy in the spearhead group improved by 2.9 years. That is important because people have been saying that health inequalities in Britain have increased, despite there being a Labour Government.

However, you need to put this in context. Firstly, health for the worst off has improved substantially. Life expectancy for the worst off is now better than the average for 10 years ago, and that is another illustration of why we should not accept things as they are. We can see how quickly life expectancy for the worst off can improve. However, the average went up by 3.1 years, so the gap is in fact bigger.

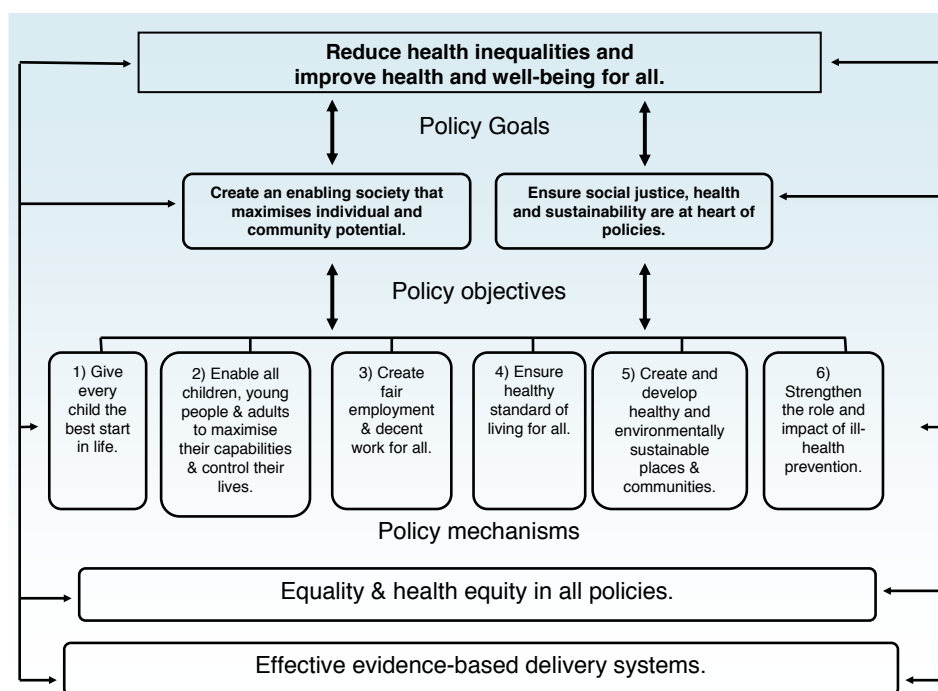
We therefore need to have the two goals of improving health for everyone and closing the gap. There will always be people who want to make inequalities smaller through the best off having worse health. However, we do not, of course, want anyone to become worse off. Nevertheless, we believe that the worst off could improve more rapidly if we paid attention to the conditions in which they are born, grow, live, work and age.

The big question is to consider what sort of society we want, and I think that it is only now that we are finally starting to ask that question. We assumed that having a vibrant financial sector was a good thing, but then came the economic crisis. We are now wondering if that was such a good thing and asking what sort of society we want.

Nos deux buts fondamentaux sont de réduire les inégalités de santé et d'améliorer la santé et le bien-être pour tous. En soutien de ces buts, nous voulons créer une société qui rende possible l'exercice des capacités, qui maximise le potentiel des individus et des communautés, et faire en sorte que la justice sociale, la santé et la durabilité sont au cœur de toutes les politiques. Nos six objectifs de politiques sont les suivants : donner à chaque enfant le meilleur départ dans la vie ; permettre à tous les enfants, jeunes gens et adultes de développer les aptitudes leur permettant de maximiser leurs capacités et de contrôler leurs vies ; créer des conditions d'emploi équitables pour tous ; assurer à tous un niveau de vie en bonne santé ; créer et développer des lieux de vie et des communautés propices à la santé et durables sur le plan environnemental ; et renforcer le rôle et l'impact de la prévention de la mauvaise santé. En soutien de ces objectifs, il y a les deux mécanismes de mise en œuvre des politiques : l'égalité et l'équité en santé dans toutes les politiques ; des systèmes de services efficaces basés sur les meilleures connaissances disponibles.

Le contexte est important.

La part de leur revenu total, y compris les avantages sociaux, dont peuvent disposer les 20% des ménages les plus aisés a augmenté de façon marquée de 37% à 42% au cours des années 1980, en raison de la politique gouvernementale. La politique était que les riches deviennent plus riches et les pauvres plus pauvres. John Kenneth Galbraith a dit de la période Thatcher/Reagan que le dogme central des années 1980 était que les riches ne travaillaient pas parce qu'ils n'avaient pas assez d'argent, et que les pauvres ne travaillaient pas parce qu'ils en avaient trop, et que nous devions en conséquence rendre les riches plus riches et les pauvres plus pauvres, afin que les riches travaillent plus et que les pauvres travaillent également plus. Malheureusement, bien que l'écart ait cessé d'augmenter, la situation a peu changé malgré tous les changements de politiques après 1997.

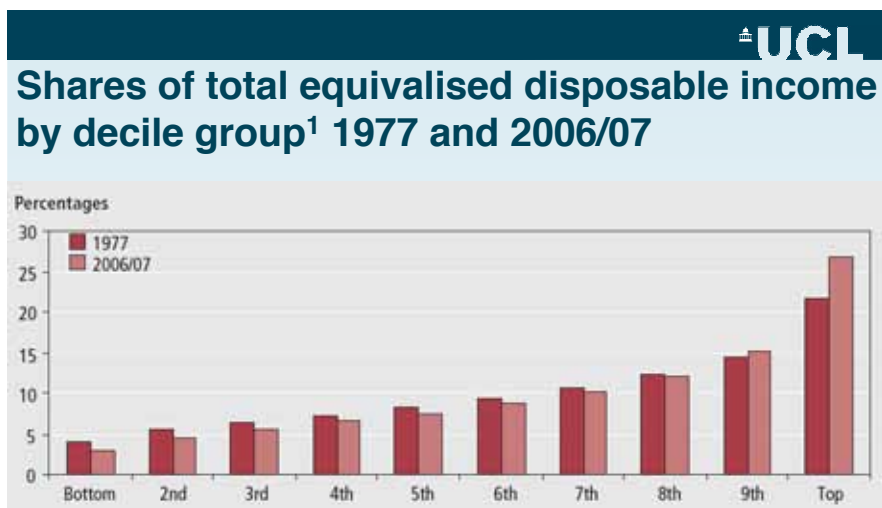


Our two overarching goals are to reduce health inequalities and improve health and wellbeing for all. Underpinning this, we want to create an enabling society that maximises individual and community potential, and ensure that social justice, health and sustainability are at the heart of all policies. Our six policy objectives are to give every child the best start in life; enable all children, young people and adults to maximise their capabilities and to control their lives; create fair employment for all; ensure a healthy standard of living for all; create and develop healthy and environmentally sustainable places and communities; and strengthen the role and impact of ill-health prevention. Underpinning that are the two policy mechanisms of equality and health equity in all policies, and effective evidence-based delivery systems.

The context matters.

The share of total household income, including benefits, enjoyed by the top fifth increased markedly from about 37% to 42% during the 1980s, due to Government policy. The policy was for the rich to get richer and the poor get poorer. John Kenneth Galbraith said of the Thatcher/Reagan period that the central dogma of the 1980s was that the rich were not working because they did not have enough money and that the poor were not working because they had too much and that we should therefore make the rich richer and the poor poorer, so that the rich will work harder and the poor will also work harder. Regrettably, although the gap has stopped increasing, not much has changed, despite all the policy changes post-1997.

Si nous examinons le revenu disponible ajusté après prélèvements fiscaux, nous pouvons constater que le système fiscal n'a rien fait du tout pour redistribuer les revenus. Je pensais naïvement que nous avons un système d'imposition progressif et que les finalités du système étaient de lever des ressources pour le Gouvernement et de redistribuer les revenus. Mais nous avons un système d'imposition proportionnel, et non pas progressif. Une fois les avantages sociaux pris en compte, l'effet du système d'imposition n'a pas du tout été de redistribuer les revenus. En fait, les transferts sociaux ont un effet redistributif, mais pas les impôts. Certaines personnes en Grande Bretagne disent qu'ils émigreront en France si le taux d'imposition maximum atteint 50%, mais ils ne semblent pas connaître le système Français. Entre 1997 et 2006, le revenu réel a diminué pour les 10% des revenus les plus faibles, ce qui signifie que les effets de redistribution que nous avons eu ont été au bénéfice des plus favorisés. Si l'importance des inégalités de revenu et les conditions de vie des plus défavorisés jouent un rôle, la raison pour laquelle les inégalités de santé ne se sont pas réduites ne constitue pas un mystère.



¹Note: Households are ranked by equivalised disposable income.

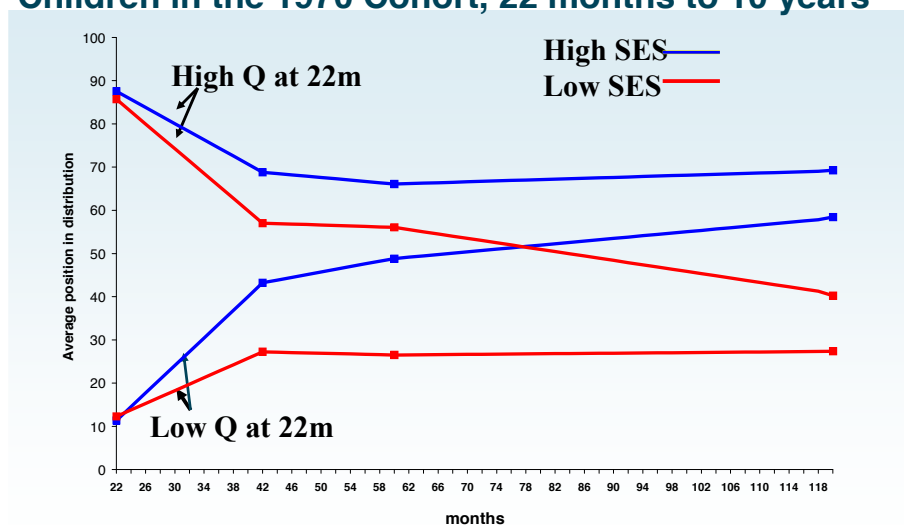
Source: Jones et al 2008, ONS, Employment and Labour Market Review

If we look at equivalised post-tax income, we can see what the taxation system did nothing at all to redistribute income. I had naively thought that we had a progressive taxation system and that the purposes of the system were to raise revenue for the Government and to redistribute income. However, we have a proportional, not progressive taxation system. Once you take benefits into account, the effect of the taxation system has not been to redistribute income at all. In fact, the benefits are redistributive, but not the taxation system. Some people in Britain say that they will move to France if the top rate of tax goes up to 50%, but they do not seem to know what France's system is like. From 1997 to 2006 real income went down for the bottom decile, which means that the redistribution we have had has been to the benefit of the better off. If the magnitude of income inequality and the living standards of the worst off matter, it is not a mystery why health inequalities may not have narrowed.

Nous avons regardé une étude de Leon Feinstein sur la cohorte d'enfants suivis depuis leur naissance en 1970 en Angleterre, en termes de scores et de rangs relatifs de développement cognitif précoce à 22 mois, pour des enfants suivis jusqu'à l'âge de 10 ans. Pour les enfants dont les scores étaient relativement faibles à 22 mois : lorsqu'ils grandissent dans des familles de faible niveau socio-économique, leurs scores restent faibles, avec un phénomène statistique de régression vers la moyenne ; lorsqu'ils grandissent dans des familles dont le niveau socio-économique est élevé, ils rattrapent leur retard. Si les enfants dont les scores à 22 mois étaient parmi les 10% les plus élevés grandissent dans des familles de niveau socio-économique élevé, leurs scores restent élevés, alors qu'ils déclinent dans des familles de niveau socio-économique faible.

Si nous faisons l'hypothèse que toutes les différences observées à l'âge de 22 mois sont déterminées par des facteurs biologiques, l'environnement social dans lequel vous êtes élevé ensuite est plus important pour le développement cognitif que les déterminants biologiques. En fait, les scores à 22 mois ne sont pas uniquement déterminés par des facteurs biologiques, mais sont influencés par ce qui se passe avant la grossesse, les conditions de vie des filles qui vont devenir des femmes et des mères, par le déroulement de la grossesse, et par la prise en charge de l'enfant dans les premiers mois de vie, et par la façon dont il est choyé, nourri et dont on lui parle. Le développement cognitif, le développement linguistique et le développement social et émotionnel dans les premières années de vie sont tous cruciaux pour ce qui se passe ensuite en termes d'éducation, de maladie mentale et pour le type d'emploi que vous aurez.

Inequality in Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort, 22 months to 10 years



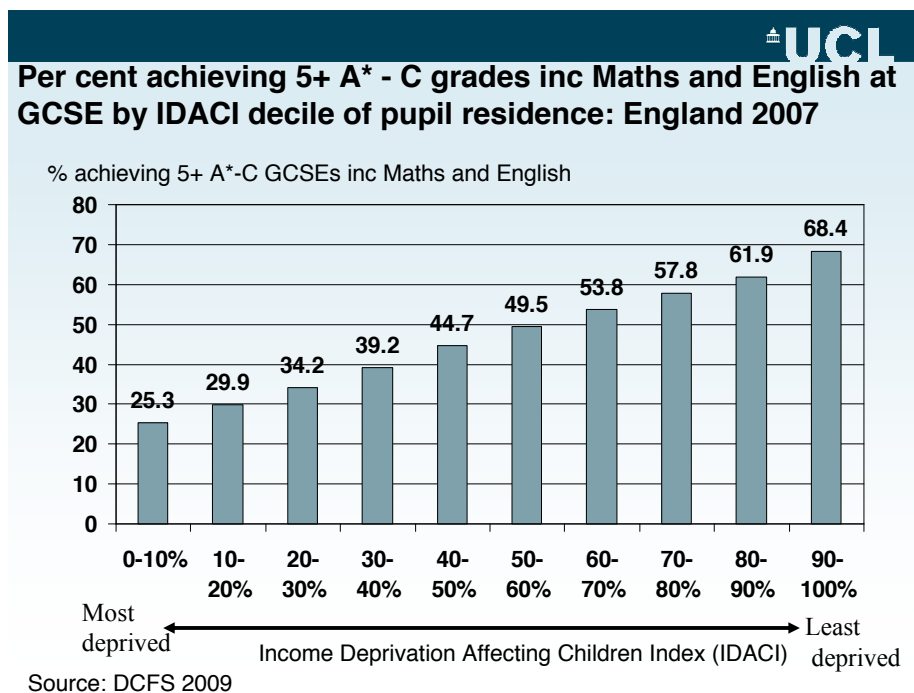
Source: Feinstein, L. (2003) 'Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort', *Economica* (70) 277, 73-97

We looked at a study by Leon Feinstein on the 1970 birth cohort in England, in terms of early cognitive development scores and relative rankings at 22 months, with children followed until the age of 10. For children with relatively low scores at 22 months: if they grow up in families of low socioeconomic status, their scores remain low and there is regression to the mean; if they grow up in families of high socioeconomic status, they catch up. If those in the 90th centile at 22 months are in families of high socioeconomic status, their scores remain high, whereas in families of low socioeconomic status they decline.

If we assume that all the differences at 22 months are biologically Determined, the social environment in which you are raised afterwards is more important for cognitive development than the biological determinants. In fact, the scores at 22 months are not all biologically determined, but are affected by what happens pre-pregnancy, the circumstances of girls who will become women and mothers, during pregnancy, and the treatment of the child in the early months of life and whether they are cuddled, nurtured and talked to. Cognitive development, linguistic development and social and emotional development in the early years of life are all key to what happens subsequently as regards education, mental illness and the sort of job you will have.

En Grande Bretagne, tous les enfants passent les examens du General Certificate of Secondary Education (GCSE) à l'âge de 15 ou 16 ans, et les résultats sont exprimés en fonction du nombre de notes C, B, A ou A que vous obtenez. Pour la population dont le revenu est parmi les 10% les plus faibles, seulement 25% des enfants atteignent un score de 5 C.*

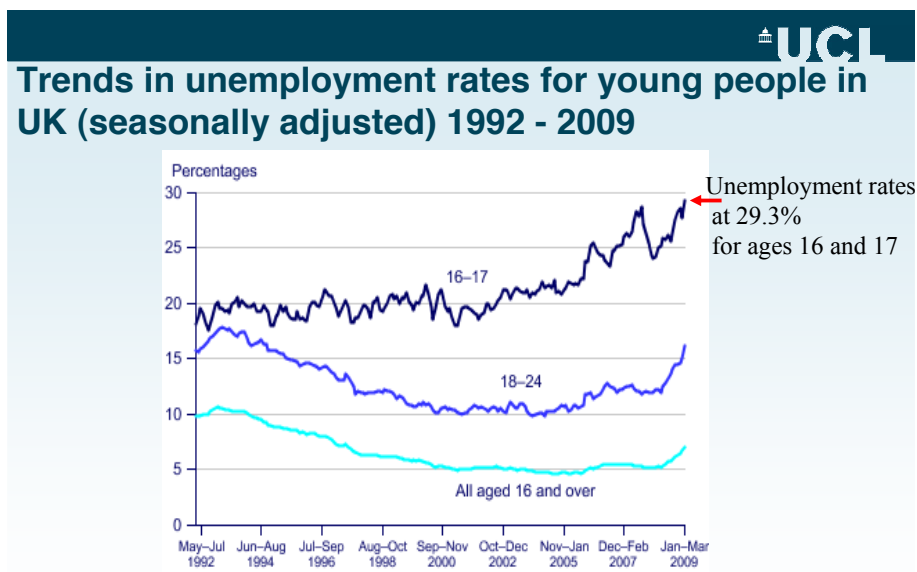
J'ai essayé d'expliquer aux hommes politiques des deux principaux partis en Grande Bretagne que si les efforts se concentrent uniquement sur les plus défavorisés, il reste la question de ce qui arrive aux personnes du 3ème décile de revenus, où seulement 34% des enfants atteignent un score de 5 C. En fait, seulement 68% des enfant du décile dont les revenus sont les plus élevés atteignent un score de 5 C. Nous faisons massivement défaut à nos enfants. Cela commence avec le développement et l'éducation précoces des enfants et avec ce qui arrive avant l'âge scolaire. Si vous voulez vous attaquer aux inégalités du développement et de l'éducation des jeunes enfants, vous devez vous attaquer aux inégalités sociales. Ce n'est pas parce que les écoles font défaut aux enfants, mais parce que la société leur fait défaut.



In Britain, all children take General Certificate of Secondary Education (GCSE) exams at the age of 15 or 16 and the benchmark is how many C, B, A or A star grades you achieve. In the bottom decile of income, only 25% of children achieve five Cs.

I have tried to explain to politicians in both major parties in Britain that if the focus is only on the most deprived, there is the question of what happens with the third decile, where only 34% of children are getting five Cs. In fact, only 68% of children in the top decile get five Cs. We are failing our children massively. This starts with early child development and what happens before school. If you want to deal with inequalities in early child development and education, you have to deal with inequalities in society. This is not because the schools are failing the children, but because society is failing them.

Avec la crise économique, le taux d'inactivité des jeunes âgés de 16 et 17 ans—le groupe que l'on désigne sous le terme « ni employés ni scolarisés ni en formation » (NEET)—était de 29% au début de l'année 2009. Il s'agit de ceux qui avaient des scores cognitifs faibles dans la petite enfance, et qui n'ont pas obtenu un score de 5 C. L'économie les rejette ensuite, et ils deviennent chômeurs. Nous avons travaillé à Liverpool, où ils parlent de la génération perdue des jeunes pendant la récession dans les années 1980—des gens qui n'ont jamais pu trouver un emploi qui ait un sens. Les deux seuls gros employeurs à Liverpool en dehors du secteur public sont le Liverpool Football Club et la compagnie qui gère les docks. En conséquence, avec tout ce qui est dit concernant la réduction du secteur public, il n'existe pas d'autre possibilité d'emploi à Liverpool et nous allons avoir une autre génération perdue. Je me demande si ces propos font écho pour vous si vous pensez aux banlieues et aux problèmes à l'extérieur de Paris et à qui est touché par les problèmes de l'économie.



Office for National Statistics

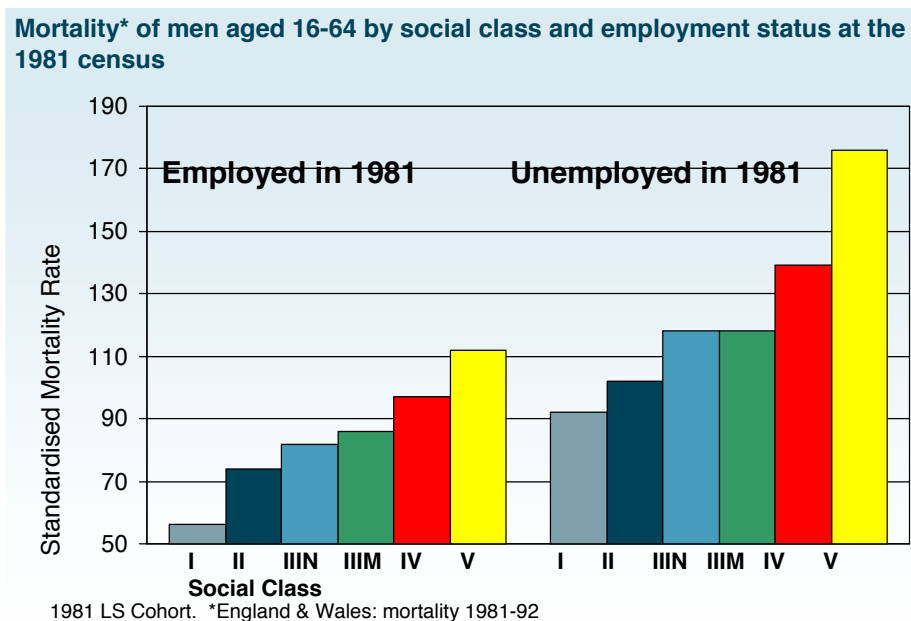
With the economic crisis, the unemployment level for young people aged 16 and 17 – the so-called “not in employment education or training” (NEETs) – was 29% at the beginning of 2009. These are the people with low cognitive scores in early childhood, who did not achieve five Cs. The economy then turns down and they become unemployed. We have been doing work in Liverpool, where they talk about the lost generation of the young people in the recession in the 1980s - people who never found meaningful work. The only two big employers in Liverpool outside the public sector are the Liverpool Football Club and the company that runs the docks. Therefore, with all the talk about cutting the public sector, there is no other employment in Liverpool and we are going to have another lost generation. I wonder if any of this resonates with you as you think about the banlieues and the issues outside Paris and who is affected by the economic downturn.

Après avoir mis l'accent sur les plus défavorisés, comme je l'ai dit, il s'agit d'un gradient, et nous pouvons observer les effets du chômage sur la santé pendant la récession des années 1980 : pour chaque classe sociale, les personnes sans emploi ont une mortalité plus élevée que celles qui ont un emploi.

Pour ce qui concerne le système fiscal et d'avantages sociaux, le Professeur Jerry Morris, qui est décédé il y a quelques mois à l'âge de 99 ans, a publié un article sur le revenu minimum pour une vie en bonne santé des personnes âgées. Il a regardé l'alimentation, les chaussures, les relations psychosociales, les déplacements d'un endroit à un autre, les services médicaux, l'hygiène et le logement.

En termes de relations psychosociales, il a regardé le coût des téléphones, de la papeterie, des timbres, des cadeaux, du cinéma et des sports. Une partie de ce qui constitue une vie en bonne santé lorsque vous êtes une personne âgée est de donner des cadeaux à vos petits-enfants. Nous ne parlons plus d'avoir un abri ou assez à manger ; nous pensons que la possibilité de tenir votre rôle en public sans honte est un élément important. En tant que société, en conséquence, nous devrions essayer de faire en sorte que les personnes âgées aient assez d'argent pour donner des cadeaux à leurs petits-enfants, rencontrer des amis, lire un journal et prendre des vacances. Le Professeur Morris a calculé que les personnes qui n'ont pas d'autre ressource que la retraite versée par l'État ne reçoivent qu'environ les deux tiers de ce dont ils ont besoin pour vivre en bonne santé. En tant que société, nous avons décidé de ne pas donner aux gens assez d'argent.

Une des recommandations de l'analyse que je suis en train de réaliser sera donc que les personnes aient assez d'argent pour vivre. Toutefois, nous ne sommes pas favorable à ce que les gens vivent de transferts sociaux plutôt que de travailler, et il y aura de nombreuses mesures incitatives pour amener les personnes à travailler. Une part de nos recommandations sera donc que nous devrions arrêter les incitations négatives à travailler qui existent dans le système de transferts sociaux. Néanmoins, ceux qui dépendent des transferts sociaux devraient avoir assez pour vivre, comme le devraient ceux qui travaillent.



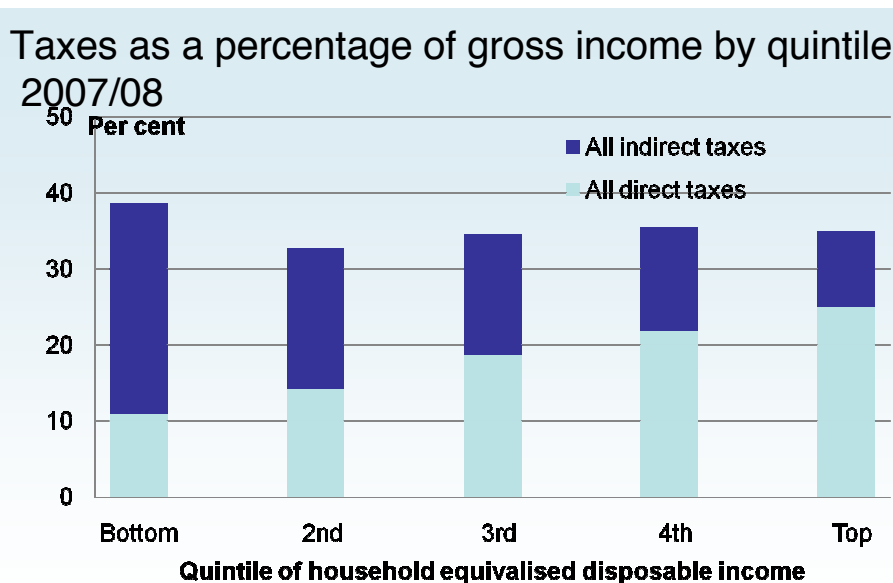
Having emphasised the worst off, as I have been saying, it is a gradient, and we can see the effect of unemployment on health in the recession in the 1980s, where, for each social class, the unemployed have higher mortality than the employed. The social gradient is therefore reproduced amongst the unemployed.

As regards the tax and benefits system, Professor Jerry Morris, who died a few months ago, aged 99, published a paper on the minimum income for healthy living for older people. He looked at diet, footwear, psychosocial relations, getting from place to place, medical care, hygiene and housing.

In terms of psychosocial relations, he looked at the cost of telephones, stationery, stamps, gifts, cinema and sports. Part of leading a healthy life when you are an older person is giving gifts to your grandchildren. We are no longer talking about having shelter or enough to eat; we think that taking your place in public without shame is important. As a society, therefore, we should try to ensure that older people have enough money to give gifts to their grandchildren, meet friends, read a newspaper and have a holiday at home. Professor Morris calculated that people who are dependent on the state pension only receive about two-thirds of what they need to have a healthy life. As a society, we have decided not to give people enough money.

One of my review's recommendations will therefore be that people should have enough money to live on. However, we are not in favour of people living on benefits rather than working and there will be many incentives to get people into work. Part of the recommendations will therefore be that we should stop the disincentives to work which the benefit system has. Nevertheless, those dependent on benefits should have enough to live on, as should people who work.

Le système d'imposition sur le revenu est progressif, alors que les taxes sur la consommation sont régressives de façon marquée. Ces taxes portent notamment sur le tabac, et un élu local du parti Conservateur m'a dit un jour que c'était de la faute des gens eux-mêmes parce qu'ils n'avaient pas à fumer. Toutefois, il est curieux qu'il y ait un gradient social pour le tabagisme : si vous voulez blâmer les fumeurs, comment expliquer ce gradient ? Même si certains responsables politiques peuvent ne pas vouloir supprimer les taxes sur l'alcool et le tabac, le système de taxes et de transferts sociaux devrait être utilisé pour améliorer les conditions de vie des plus défavorisés. Les 20% dont le revenu est le plus faible paient 38% de leur revenu en taxes, une part plus importante que celle des 20% dont le revenu est le plus élevé. Je ne pense pas que ceci est équitable. Nous pourrions changer cela assez facilement et cela ferait certainement une différence en termes d'inégalités de santé.



Source: ONS

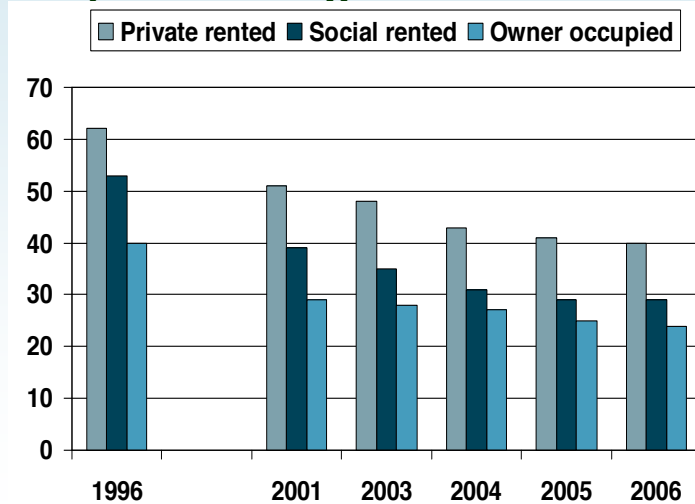


The income tax system is progressive, while consumption tax is steeply regressive. This includes smoking, and a Conservative Local Councillor said to me once that it was people's own fault because they did not have to smoke. However, it is curious that there is the social gradient in smoking: if you are going to blame people for smoking, how do you explain that gradient? While some politicians may not want to remove the tax on alcohol and tobacco, the tax and benefits system should be used to improve the living standards of the worst off. The bottom quintile pay 38% of their income in tax, whereas it is less for the top quintile. I do not think that that is fair. We could change this quite easily and it would certainly make a difference to health inequalities.

Le nombre de logements classés comme habitat indigne a diminué au cours des années écoulées, mais la probabilité d'être classé comme habitat indigne pour les logements dans le secteur du logement social et dans le secteur locatif privé, en particulier, est plus élevée que pour les logements occupés par leur propriétaire. La qualité du logement reste donc un problème.

Si nous regardons le cadre de vie—mauvaises conditions de logement, qualité de l'air et accidents de la circulation routière—nous constatons que les 10% les plus riches ont le meilleur cadre de vie, les 10% les plus pauvres le pire, et qu'il y a une progression entre ces deux extrêmes. Nous pourrions aussi faire quelque chose à ce sujet.

Proportion of homes measured as non-decent by tenure: England

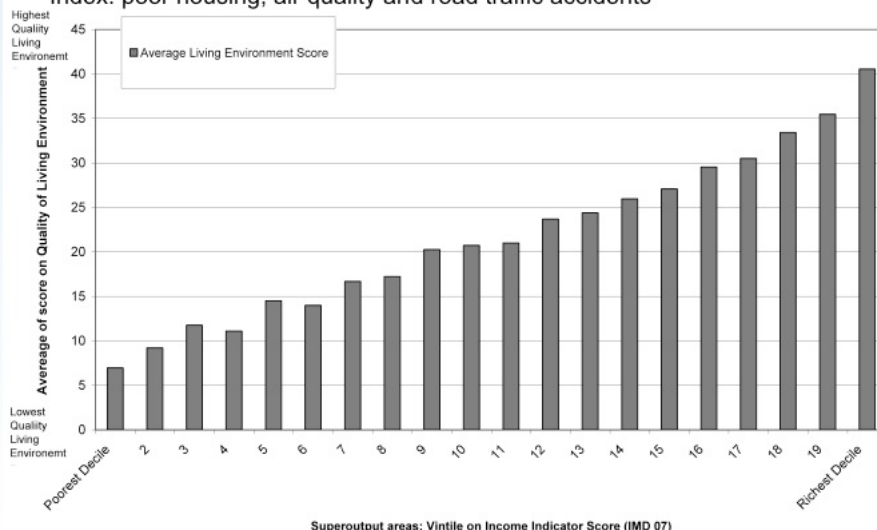


Source: www.poverty.org.uk from English House Condition Survey

The number of what are classified as non-decent homes has been going down over past years, but homes in the socially rented sector and the private rental sector, in particular, are more likely to be classified as non-decent than owner-occupied homes. Housing quality is therefore still an issue.

Living environment by neighbourhood income: England

Index: poor housing, air quality and road traffic accidents



Superoutput areas: Vintile on Income Indicator Score (IMD 07)

Looking at the living environment - poor housing, air quality and road traffic accidents - we see that the richest decile have the best environment, the poorest decile the worst, and that it is graded. We could also do something about that.

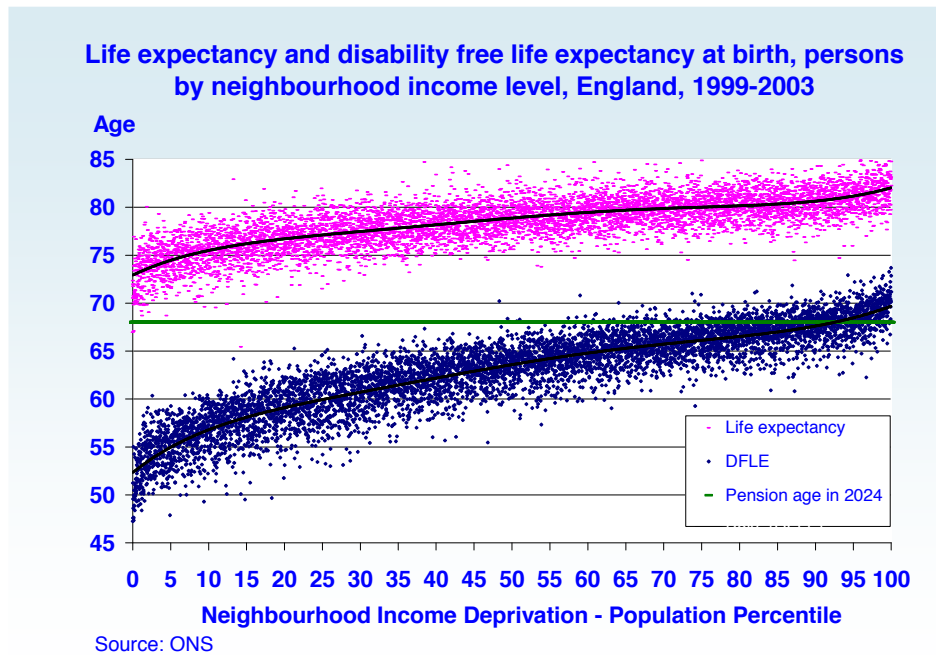
Si nous regardons la relation entre l'indice de défavorisation des quartiers et l'espérance de vie, l'écart d'espérance de vie entre le 5ème et le 95ème centile est de 7 ans, et là encore il y a un gradient.

Pour l'espérance de vie sans incapacité, l'écart est de 17 ans au lieu de 7 ans. La politique nationale est de retarder l'âge auquel vous pouvez prendre votre retraite à 68 ans d'ici 2024 : si cela était mis en œuvre aujourd'hui, il y aurait un problème majeur. L'espérance de vie sans incapacité n'atteint pas 68 ans pour environ 90% de la population, et l'effet de retarder l'âge de la retraite pourrait être simplement de remplacer le versement de la retraite par celui des allocations d'incapacité, ce qui n'épargnerait pas beaucoup d'argent.

Les analyses économiques sont extrêmement complexes, mais nous avons néanmoins besoin d'une cohérence du Gouvernement. Il faut s'attaquer au gradient social de l'espérance de vie sans incapacité, car sinon nous serons incapable de mettre en œuvre la politique de prolongation de la durée d'activité professionnelle.

Il est également important de travailler au niveau local, et nous avons pris des contacts avec Liverpool et Manchester et avons formé un partenariat avec la région du Nord-Ouest. De façon similaire à ce que nous avons réalisé avec la Commission globale de l'OMS en termes de pays partenaires, ils voulaient mettre en œuvre nos conclusions en cours d'élaboration. Pour notre part, nous voulions apprendre à partir de ce qu'ils faisaient.

Il s'est révélé très intéressant de parler avec des groupes locaux à Liverpool : le point clé pour eux était que leurs valeurs devaient se traduire dans leurs buts. Alors qu'ils avaient commencé par penser que le problème se situait au niveau de la mauvaise qualité des services et des programmes, ils ont ensuite pris conscience de ce que c'était la nature de la société, et des questions comme l'ampleur des inégalités de revenu, qui posaient problème. Ils estimaient que ce qu'ils mesuraient devrait refléter ce qu'ils essayaient de réaliser, et que la façon dont cela était réalisé était importante, en particulier en termes d'appropriation au niveau local.



If we look at neighbourhood income deprivation in terms of life expectancy, the gap between the fifth centile and the 95th is seven years, and again this is a gradient.

For disability-free life expectancy, that gap is 17 years rather than seven. National policy is to advance the age at which you can take your pension to 68 by 2024 and if that were to be implemented today, there would be a big problem. About 90% of the population does not have disability-free life expectancy for as long as 68 years and the effect of advancing the pension age might simply be to move people from the pension to disability benefits, which will not save a lot of money.

Economic considerations are hugely complicated, but you nevertheless need joined-up Government. You have to deal with the social gradient in disability-free life expectancy because you will otherwise be unable to implement the policy for people to work longer.

It is also important to work at the local level and we have been engaging with Liverpool and Manchester and have formed a partnership with the North-West region. Similar to what we had with the global Commission in terms of country partners, they wanted to implement our emerging findings. For our part, we wanted to learn from what they were doing.

It was very interesting to talk to local groups in Liverpool and key for them was that their values should shape their goals. They began by thinking that the problem was about poor-quality services and programmes, whereas they then realised that the issue was the nature of society and issues such as the magnitude of income inequality. They believed that what they measured should reflect what they wanted to achieve, and how that was done was important, particularly in terms of taking local ownership.

A Londres, la différence d'espérance de vie entre Hampstead, dans le nord du quartier de Camden, et le quartier où se trouve l'University College London (UCL) dans le sud de Londres est de 11 ans. En vélo, vous pouvez aller de Hampstead à UCL en 30 minutes. En fait, en roulant à vélo pendant 60 minutes, vous pouvez aller d'une zone où l'espérance de vie des hommes est de 71 ans à une autre où elle est de 88 ans. Cela ne concerne donc pas que Liverpool.

Le Nord Ouest de l'Angleterre est sous le contrôle des Travailleurs, alors que Londres est sous le contrôle des Conservateurs. C'est un point important pour moi, parce que je veux mobiliser les deux partis : le sujet est trop important pour des politiques partisans. Sous la direction de Boris Johnson, le Maire de Londres, la Municipalité de Londres a produit une merveilleuse stratégie pour la santé et l'égalité. Ils ont pris des parties du rapport de la Commission et la version préliminaire de l'analyse des inégalités et ont également parlé du gradient.

Ils ont les cinq objectifs stratégiques suivants : renforcer les capacités des individus et des communautés pour améliorer leur santé et leur bien-être ; améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux, en particulier pour ceux dont l'état de santé est le plus mauvais ; pour ce qui concerne le troisième objectif—réduire les inégalités de revenu et minimiser les conséquences néfastes pour la santé de la pauvreté relative--, lorsque j'ai rencontré la conseillère santé du Maire, elle m'a demandé nerveusement ce que je pensais de leur stratégie. Je lui ai dit que je la trouvais merveilleuse, en particulier le troisième objectif. Elle m'a dit que l'objectif ne concernait pas tant les banquiers que sa préoccupation que les pauvres aient assez d'argent pour vivre. Le quatrième objectif est d'augmenter les possibilités que les gens aient accès aux bénéfices potentiels du travail et autres activités constructives, et le cinquième est de développer et de promouvoir Londres comme un lieu de vie favorable à la santé de tous, des logements aux quartiers et à la ville dans son ensemble.

Ce que la Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social présidée par Joseph Stiglitz à la demande du Président Sarkozy a dit n'est pas nouveau, dans un sens, mais c'est néanmoins très important. Ils ont souligné le besoin de mesurer le progrès social d'une autre façon qu'au travers du seul produit national brut. Pour moi, l'équité en santé est une bonne mesure du développement social.

Nous publierons notre rapport le 11 février et il sera accessible en ligne (www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview). Si quelque chose de semblable était fait en France, cela ferait une différence considérable, et cela me rendrait certainement heureux.

In London, the difference in life expectancy between Hampstead in the north of the London Borough of Camden and the area where University College London (UCL) is located in the south is 11 years. You can cycle from Hampstead to UCL in 30 minutes. In fact, in a cycle ride of 60 minutes, you can go from an area where life expectancy for men is 71 to another area where it is 88. This is therefore not just about Liverpool.

The North-West of England is under Labour control, while London is under Conservative control. That is important to me because I want to engage both parties, as this is too important for party politics. Through Boris Johnson, the Mayor of London, London has produced a wonderful health and equality strategy. They have taken parts from the Commission's report and the draft inequality review and have also talked about the gradient.

They have the five strategic objectives of: empowering individuals and their communities to improve health and well being; improve access to health and social care service, particularly those with poorer health outcomes; and as regards the third objective – reducing income inequalities and minimising the negative health consequences of relative poverty - when I met the Mayor's health adviser, she nervously asked me what I thought about their strategy. I told her that it was wonderful, especially the third objective. She told me that rather than being about the bankers, she was concerned that the poor should have enough money to live on. The fourth objective is to increase opportunity for people to access the potential benefits of work and other forms of meaningful activities, and the fifth is to develop and promote London as a healthy place for all, from homes to neighbourhoods and the city as a whole.

What the Commission on the measurement of economic performance and social progress headed by Joseph Stiglitz at the request of President Sarkozy has said is not new, in a sense, but it is nonetheless very important. They stressed the need to measure social progress in ways other than through gross domestic product. For me, health equity is a good measure of social development.

We will publish our report on 11th February and it will be available online (www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview). If something similar were to be done in France, it would make an enormous difference and it would certainly make me happy.



Les inégalités sociales de santé parmi les autres inégalités économiques et sociales

Christian Baudelot, Ecole Normale Supérieure



Christian Baudelot est sociologue, aujourd'hui professeur émérite à l'Ecole Normale Supérieure et chercheur au Centre Maurice Halbwachs (CNRS, EHESS, ENS). Il a enseigné auparavant aux Universités de Lille (1967-1978) puis de Nantes (1984-1993). Chargé de mission à l'INSEE de 1978 à 1984, il a aussi enseigné à l'ENSAE pendant vingt ans (1968-1998), aux universités américaines de Yale et de New York et animé de nombreux séminaires en Chine (Shanghai, Canton, Pékin), au Japon (Tokyo, Kyoto, Osaka), en Argentine, au Brésil et à Cuba. Ses recherches portent sur les questions d'éducation, d'inégalités et de classes sociales, sur le travail et le suicide. Adeptes du travail collectif, il a publié l'essentiel de ses travaux sous forme de livres en collaboration avec son collègue et ami, Roger Establet (quarante ans de travail commun) ainsi qu'avec Michel Gollac, administrateur à l'INSEE et ses étudiant-e-s.

On m'a demandé, en tant que sociologue généraliste, de situer les inégalités sociales de santé dans le cadre des autres inégalités économiques et sociales qui frappent et caractérisent notre société. J'ai accepté de bon cœur parce que ces questions m'intéressent et je remercie vivement les organisateurs de ce colloque de m'avoir invité. Mais je me présente devant vous avec beaucoup d'humilité car je ne suis pas du tout spécialiste de la santé et suis admiratif des spectaculaires progrès des connaissances réalisés dans ce domaine, sur le plan international (le dernier rapport de l'OMS que vient de présenter M. Marmot l'atteste) comme en France. Ces données sont nouvelles, les analyses sont subtiles et fines puisque dépassant le stade des généralités, elles portent sur des pathologies précises : différents types de cancers, affections cardio-vasculaires, maladies chroniques etc.. avec souvent des perspectives diachroniques permettant de mesurer des évolutions. Les statisticiens, épidémiologistes et sociologues qui produisent ces données et ces analyses sont des virtuoses. N'ayant personnellement produit aucune connaissance objective dans ce domaine, je partirai de ce que je connais le moins mal, les inégalités sociales dans d'autres dimensions de la vie sociale, richesse, emploi, école, culture...pour essayer d'identifier la place et de caractériser le style des inégalités sociales de santé au sein du riche panorama de nos inégalités.

Trois observations s'imposent en commençant.

1. Les dimensions humaines et sociales du phénomène qui nous réunit aujourd'hui sont tragiques parce qu'il y va de la vie, de sa durée et de sa qualité. Selon qu'ils naissent pauvres ou riches, selon qu'ils sont instruits ou non, les hommes et les femmes ne se voient attribuer ni la même quantité d'existence sur cette terre, ni la même qualité d'existence. Il est important de savoir que le suicide frappe principalement les catégories sociales dont la durée de vie est déjà la plus courte, information précieuse sur la mauvaise qualité de leur existence. Le quotient ajusté de mortalité pour 1 000 à trente-cinq ans par catégorie socioprofessionnelle est bel et bien un indicateur de « l'usure physique » des membres de chaque classe. Cela dit, un fait massif doit être signalé, qui peut servir de toile de fond à tous nos débats, le niveau monte. Dès lors qu'on adopte une perspective de moyen et a fortiori de long terme, l'état de santé moyen de la population s'améliore. Cette amélioration d'ensemble n'a pas supprimé les inégalités. Il faudra se demander si ces dernières tendent à se creuser, à se déplacer sur un mode homothétique en maintenant les écarts, ou à se combler. Mais soulignons d'abord ce fait positif : l'état de santé moyen de la population générale s'améliore, du moins au regard d'un indicateur, certes grossier mais significatif, celui de l'espérance de vie qui s'allonge à chaque enquête.

2. Comparées aux autres domaines de la vie sociale marqués par les inégalités, celles de la santé frappent d'emblée par un trait très original qu'on ne retrouve nulle part ailleurs : les femmes sont devant les hommes. Le fait est assez inhabituel, exceptionnel même, pour être relevé en commençant. Puisque dans tous les autres domaines, salaires, emplois, chômage, sous-emploi, travail partiel, carrières etc..., les femmes sont les premières victimes des inégalités. Certes les filles sont meilleures à l'école que les garçons mais elles se font doubler au poteau dans les orientations finales et décisives. Même si les enquêtes montrent que leur état de santé perçu ou déclaré est de moindre qualité que celui des hommes, elles vivent plus longtemps qu'eux. D'autre part les inégalités sociales entre femmes sont moins creusées que chez les hommes. On observe la même tendance à l'école. Le fait mérite d'être souligné car pour le reste, les inégalités sociales de santé ressemblent tristement aux autres types d'inégalité : elles respectent scrupuleusement les échelons de la hiérarchie sociale.

3. Le terme d'inégalité est un opérateur pratique, puisqu'il permet grâce à la quantification des comparaisons dans l'espace et dans le temps. Conceptuellement, il présente aussi des limites. Si les uns meurent de sept à neuf ans plus tôt que les autres, c'est qu'en concentrant sur eux l'immense majorité des facteurs de risque, dans le domaine des conditions de travail en particulier, les premiers contribuent, directement ou indirectement, en délivrant les autres de ces risques, à les faire bénéficier de meilleures conditions d'existence et de travail. Bien sûr, notre société n'est ni esclavagiste, ni féodale, sociétés où les classes supérieures étaient dispensées du travail, mais le vieux proverbe « le bonheur des uns fait le malheur des autres » (et réciproquement) n'est pas dénué de toute pertinence. On y reviendra.

Une fois notées ces trois données de base, comment procéder ?

Une première tentation consiste à chercher à savoir si les inégalités dans le domaine de la santé sont plus ou moins creusées que dans d'autres secteurs de la vie sociale. Fausse piste. Les grandeurs mesurées sont souvent incomparables parce qu'elles ne s'expriment pas dans la même unité. L'espérance de vie s'exprime en années (les catégories les plus favorisées vivent de sept à neuf ans de plus que les catégories les plus vulnérables). Les écarts de richesse en euros. Le loge-

ment en mètres carrés. Les inégalités scolaires en chances d'accès à des paliers. On peut toujours essayer de trouver des mesures synthétiques en termes par exemple de rapports entre la situation des plus fortunés et celle des moins chanceux. Exemple : un rapport de 1 à 7 en matière d'espérance de vie mais de 1 à 3,5 en matière de salaires. Les écarts seraient plus creusés en matière de santé que de salaires. Même si on raffine la poudre avec les odd-ratios, le calcul est illusoire et la mesure ambiguë. Par contre comparer des tendances d'évolution au cours du temps a plus de sens. Montée, descente ou stagnation ? On s'y essaiera.

Je procéderai en trois temps en tentant de :

- a) Situer la place des inégalités sociales de santé dans les grandes chaînes de causalité. Sont-elles le produit final, l'aboutissement de tous les autres types d'inégalité ou l'un des rouages du système, contribuant à son tour à produire et reproduire d'autres inégalités ?
- b) Comparer le régime d'inégalités propre à la santé à d'autres régimes ou mécanismes en vigueur dans d'autres domaines, y compris en termes d'évolution.
- c) Confronter le régime d'inégalités de la santé à celui des inégalités sociales devant l'école. Cette confrontation est instructive car elle offre à la fois de fortes ressemblances et des différences significatives.

1. Produit final ou simple rouage du système d'inégalités ?

On peut considérer les inégalités de santé de deux façons selon le cadre des causalités qu'on privilégie. Ou bien on considère les inégalités sociales comme une chaîne de causalité linéaire, celles de la santé occupant alors la place du dernier maillon, celui du résultat final, l'ordre d'arrivée au cimetière. Ou bien on considère les inégalités sociales comme un système constitué d'éléments solidaires et interactifs, un tissu tressé, les inégalités de santé constituant alors l'un des éléments de l'ensemble, contribuant pour sa part à la reproduction du système.

Si on estime les inégalités sociales de santé comme le point ultime de la chaîne des causalités, comme le produit et le résultat, le stade suprême de toutes les autres inégalités, ce sont les choix et le bilan d'une société qu'on lit dans les tables de mortalité ou les écarts d'espérance de vie. Les inégalités sociales de santé constitueraient alors le miroir où se réfléchiraient toutes les autres en dévoilant une hiérarchie sociale réelle. C'est ce que faisait Maurice Halbwachs qui traitait la mort comme un phénomène social. Tout se passe comme si une société avait la mortalité qui lui convient, le nombre de morts et leur répartition aux différents âges traduisant l'importance que donne ou non une société à la prolongation de la vie de telle ou telle catégorie sociale. La France est l'un des pays où les écarts entre catégories sociales sont les plus forts. Les inégalités sociales s'impriment sur et dans les corps. Les tables de mortalité expriment aussi bien la violence des coups inégalement portés aux individus que l'efficacité relative des traitements de ces coups par le système de santé. Bref, on lirait dans ces tables le classement final d'une hiérarchie sociale, mesurée à l'aune de l'exposition aux risques, aux aléas de la vie et aux moyens de les conjurer.

Au cours des années 50, le clergé et les instituteurs étaient les deux catégories sociales qui battaient tous les records en matière d'espérance de vie. En tête du hit-parade de la Troisième République, -les rudes combats qu'ils se sont livrés leur a réussi ! - ces deux catégories, ont été rejointes sous la Cinquième par les bataillons pressés des cadres supérieurs, chefs d'entreprise et profes-

sions libérales. Ce sont aujourd'hui les cadres supérieurs de la fonction publique qui détiennent le ruban bleu et les ouvriers spécialisés la lanterne rouge. Le niveau social a monté ! Le même phénomène s'observe dans le domaine du suicide. Au dix-neuvième et dans les trois premiers quarts du vingtième, les catégories supérieures se suicidaient davantage qu'aujourd'hui. Moins exposées à la précarité, aux menaces de licenciement, aux conditions de travail dangereuses et d'une manière générale à la dureté de la vie, les professions situées au sommet de l'échelle sociale disposent aujourd'hui dans les grandes villes où ils vivent de conditions d'existence, de réseaux de relations, d'équipements sanitaires et de compétences pour savoir consulter avant de sombrer dans la maladie, la dépression et le désespoir. Elles jouissent aujourd'hui de conditions de vie plus sûres et plus confortables leur assurant une meilleure gestion de l'avenir et de la vie quotidienne. Les sociétés modernes ont su pourvoir leurs élites de ressources inépuisables leur permettant d'améliorer sans cesse la qualité et la durée de leurs existences. Pour elles, rien ne vaut la vie : des professions assurant de l'intérêt à leur travail, des revenus leur donnant l'accès à des biens de consommations infinis et variés, des diplômes leur ouvrant des sources nombreuses d'intérêts culturels. Pour d'autres, moins bien lotis, la mort peut au contraire être préférée à une vie d'enfer. C'est finalement un jugement de valeur qui s'exprime dans ce nombre abstrait qu'est la durée de vie humaine moyenne et dans la dispersion de ces durées selon les groupes sociaux. La norme ne se déduit pas de la moyenne mais, comme disait Canguilhem, elle se traduit dans la moyenne¹.

Il s'agit là d'un point de vue très fécond. Il en existe un autre qui part du fait que la mort des individus ne met pas fin à la vie d'une société. Les inégalités sociales survivent à la mort des personnes : elles continuent à se reproduire. Les inégalités de santé contribuant alors à créer et à reproduire à leur tour d'autres inégalités.

Qu'on les observe et les mesure dans le domaine de la richesse, des salaires ou des patrimoines, du logement, des retraites, de la consommation des biens matériels et des services, des pratiques culturelles, de l'éducation, de l'emploi et des carrières, ou de la santé, les inégalités sociales sont dans l'immense majorité des cas, cumulatives. Elles font système. Ce sont quasiment toujours les mêmes catégories qu'on trouve parmi les plus favorisées et les mêmes aussi qu'on trouve parmi les moins favorisées : ouvriers, employés, précaires, chômeurs, étrangers... C'est parce que certains sont riches, instruits, cadres assurés de la sécurité de l'emploi dont le travail ne les expose à aucune nuisance de nature à menacer leur état de santé qu'ils se portent mieux que les autres et sont assurés d'une longévité maximale. A l'inverse ce sont des personnels précaires, bouche-trous, mal payés et peu instruits, que de mauvaises conditions de travail exposent à des travaux dangereux, à l'insécurité, aux risques psycho-sociaux du travail, qui sont ceux qui consultent moins et meurent les plus jeunes, etc... Le cumul de conditions de travail et d'existence difficiles, génératrices d'angoisse et de stress et d'un recours tardif à des soins de moins bonne qualité accélère le décès prématuré d'un grand nombre d'ouvriers et d'employés à la suite de maladies cardio-vasculaires. On comprend mieux alors comment les catégories sociales les plus instruites et les plus riches, beaucoup moins exposées à des conditions de travail et d'existence précaires et stressantes, fort averties des risques et disposant d'un accès à des soins de meilleure qualité peuvent progressivement se prémunir contre ce risque par des pratiques alimentaires adaptées, un hygiène de vie et un suivi médical régulier.

1 Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 1966, PUF.

Un homme a plus de chances de décrocher un haut diplôme si son père en avait déjà un et pouvait assurer à ses enfants de bonnes conditions d'existence. Titulaire d'un haut diplôme il trouvera facilement un emploi rémunérateur qui le mettra à l'abri des poussières, des fumées et des efforts physiques génératrices d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Il pourra bénéficier de l'aide de sa famille ou de la confiance de son banquier pour solliciter un prêt qui lui permette de s'acheter un logement, appartement ou maison. Ses connaissances générales, les normes sociales de son propre milieu lui permettront de prendre soin de son corps et de sa santé en bénéficiant d'une alimentation saine, en pratiquant un sport, en évitant les matières grasses, en surveillant son cholestérol. Ses relations lui permettront de recourir aux services d'un bon généraliste et de contacter, si besoin est, les bons services hospitaliers, etc... Ses enfants, à leur tour, etc... Bref, pour lui, il pleut partout où c'est mouillé. Un bénéfice ou un avantage acquis dans un domaine –diplôme, emploi, salaire, patrimoine, - entraîne assez naturellement les autres.

Car les inégalités sociales de santé ne se bornent pas à être un résultat final, elles jouent aussi un rôle dynamique dans la reproduction des inégalités. Une bonne santé est un atout décisif pour trouver un emploi, l'exercer dans les meilleures conditions, progresser dans une carrière et s'imposer aux autres. Une personne malade pourra basculer dans la précarité et dans la pauvreté. Des parents mal portants ne pourront assurer à leurs enfants les conditions optimales au développement de leur santé. Leur mauvais état de santé se transmettra à leurs enfants, du seul fait des conditions matérielles : logement surpeuplé, alimentation défaillante, etc et du mode de vie ...

Ces deux conceptions ne sont pas antagonistes ni contradictoires.

Ces deux visions de la chaîne de causalités ou du système des inégalités donnent une place différente aux inégalités sociales de santé mais partagent en fait un postulat commun. A l'origine de toutes ces inégalités, il y a deux grands facteurs de différenciation qui exercent chacun une action spécifique et sont, selon les cas de figure, orthogonaux ou cumulatifs : le revenu et le diplôme, - le niveau d'instruction étant la variable de loin la plus discriminante - qui s'articulent selon des combinaisons différentes parmi les professions ou catégories socio professionnelles et exposent à des métiers et à des conditions de travail complètement différentes. Ce sont ces deux facteurs et leurs combinaisons qui sont à l'origine de l'immense majorité des inégalités sociales dans notre pays, dont celles de la santé.

Ainsi chez les hommes, les cancers du poumon et des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) sont les principaux contributeurs aux inégalités sociales de mortalité par cancer, avec les cancers de l'oesophage, du foie et du pancréas. Les facteurs explicatifs de cette surmortalité sont multiples : prévalence plus élevée des principaux facteurs de risque comportementaux (tabac et alcool), expositions plus fréquentes à des facteurs de risque professionnels (produits toxiques cancérigènes) et environnementaux, moindre accès aux dépistages, diagnostic plus tardif avec découverte à des stades plus avancés et donc de plus mauvais pronostic. Toutes propriétés qui dépendent par le biais de la profession exercée des deux variables de base. Des inégalités de survie, dues éventuellement à des différences de recours aux soins, pourraient également intervenir.

2. Les régimes d'inégalité.

On peut aussi chercher à caractériser le ou les régimes d'inégalités propres aux domaines de la santé par rapport aux autres régimes d'inégalités en vigueur dans notre société.

La contrainte budgétaire : inattendue dans un système social assurant grâce à la Sécurité Sociale la gratuité des soins, elle existe pourtant. Elle se lit dans les enquêtes « Budgets de famille » de l'Insee comme dans une note récente de la Drees consacrée au Renoncement aux soins pour raisons financières².

Les dépenses de santé directement payées par les ménages sont deux fois plus élevées chez les cadres supérieurs que chez les ouvriers. Elles concernent les produits et appareils thérapeutiques, les consultations externes, les frais d'hospitalisation et d'autres dépenses. Ce rapport de 1 à 2 est l'un des plus clivant dans le domaine de la consommation. Bien que portant sur des sommes moins importantes, il est du même ordre que celui qu'on observe en matière d'ameublement et d'équipement du logement et dépenses de loisirs et culture, les postes les plus clivant socialement. Quant à la part de ces dépenses dans le budget des ménages, le coefficient budgétaire, leur écart est également significatif : il s'élève à 3,3 chez les cadres mais seulement à 2,5 chez les ouvriers. Autrement dit, les ouvriers dépensent deux fois moins que les cadres pour leur santé, la part de ces dépenses dans leur budget étant aussi plus négligeable. Ici, le régime d'inégalité s'apparente à celui d'une consommation marchande limitée à la fois par le montant de la ressource et le style de vie. En montant monétaire comme en coefficient budgétaire les ouvriers dépensent plus en alcool et tabac que les cadres supérieurs (3,6 contre 1,8, le double, pour le coefficient et 931 contre 816 euros).

L'analyse des dépenses médicales donne une image significative mais déformée des consommations médicales réelles puisque l'essentiel est pris en charge par la sécurité sociale et les mutuelles. Encore faut-il préciser que les plus pauvres ne demandent pas toujours à bénéficier de la CMU, et que leurs ressources peuvent être supérieures au plafond requis pour l'affiliation. Ainsi, 22 % des individus ayant de faibles revenus n'ont pas de complémentaire santé (CMU comprise) alors que ce n'est le cas que de 7 % du reste de la population. Se soigner revient donc plus cher à ces personnes non couvertes puisqu'elles ne sont remboursées que sur la base de la sécurité sociale obligatoire qui chacun le sait rembourse de moins en moins.

Le renoncement aux soins a été étudié récemment dans une note de la Drees. Faible chez les personnes qui bénéficient d'une couverture complémentaire privée (12,6%). Il est de l'ordre d'une personne sur cinq parmi les bénéficiaires de la CMU (19,1%) et de près d'une personne sur trois parmi ceux n'ayant pas de couverture complémentaire (31,6%). Il est évidemment très lié au niveau de revenu du ménage : moins de 8% des cadres déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières contre plus de 18% des employés administratifs et des ouvriers non qualifiés et plus de 20% des employés de commerce (tableau 1, graphique 2). S'il concerne toutes les catégories sociales, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne plus fréquemment les catégories sociales modestes, en particulier celles dont les revenus dépassent de peu le seuil de la CMU. Les renoncements se concentrent sur les soins les moins bien remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, buccodentaires et lunettes. Les femmes renoncent plus fréquemment que les hommes à des soins de spécialistes : ophtalmologiste, gynécologue et dermatologue.

Ajoutons le prix des consultations. En effet, en Bretagne, seuls 3% des médecins n'exercent pas en secteur 1, cette part s'élève à 11 % en région Paca. Chantal Cases vous montrera tout à l'heure, par une carte de France l'inégale répartition sur le territoire des médecins en secteur 2.

2 *Etudes et Résultats*, n° 711, Drees, décembre 2009

- **Les transmissions.** Il existe des inégalités sociales qui se transmettent de génération en génération. Ce sont toujours les plus fortes et les plus tenaces. Le cas le plus évident est celui du patrimoine qui se transmet par héritage. C'est dans ce domaine que les écarts sont le plus creusés. Le rapport entre les 10% les mieux lotis et les 10% les plus mal lotis, qui n'est que de un à trois pour les salaires, de un à quatre pour le revenu par tête, s'élève à un à soixante-dix, voire plus, pour le patrimoine accumulé.

En va-t-il de même en matière de santé ? Oui si l'on s'en tient au vocabulaire. On parle de capital santé, qu'on recevrait à la naissance et que chacun devrait gérer au mieux de ses intérêts, arrondir si possible mais surtout ne pas dilapider. Une chose est sûre, la dotation de base, est, au départ, inégale entre groupes sociaux. En dehors des maladies génétiques, tout un ensemble de pathologies non génétiques mais liées à un mauvais état de santé se transmettent à l'embryon : tabagisme, alcoolisme, maladies sexuellement transmissibles. Plus généralement, c'est la manière de faire fructifier à l'optimum ce capital qui est transmise dès la prime enfance par les premiers soins, l'éducation à l'hygiène qui se présentent sous la forme d'injonctions non-négociables : se laver les dents avant de se coucher, prendre un bain chaque jour, consulter le pédiatre, surveiller l'alimentation, respecter les vaccinations, etc... Judo contre obésité infantile. Se joue ici, dans le cadre familial, pour la santé ce qui se produit pour l'éducation, dans le même cadre familial. L'inculcation osmotique d'une culture somatique dont les effets bénéfiques ou maléfiques s'exerceront tout au long de la vie. Et qui, comme dans le domaine de la richesse héritée, de la réussite scolaire, produiront naturellement les inégalités les plus fortes entre les milieux sociaux. Les inégalités sociales de santé se construisent dès l'enfance et même avant, puisqu'elles remontent à la génération antérieure, aux conditions de vie des parents. Dans la littérature anglo-saxonne, cette dimension est développée sous le nom de « life course », que l'on pourrait traduire par épidémiologie biographique.

- **Les tendances d'évolution.** Dans quel sens les inégalités sociales de santé évoluent-elles ? Ont-elles tendance à se creuser ou à se combler ? Il n'est pas facile de répondre unilatéralement à ces questions. Se posent en effet ici comme dans les autres champs d'inégalités sociales des problèmes de mesure. L'exemple des revenus est instructif. Les inégalités relatives de niveau de vie (après impôts et prestations sociales) ont diminué nettement dans les années 1970. Le rapport entre le revenu des 10 % les plus riches et celui des 10 % les plus pauvres est passé de 4,8 à 3,5 entre 1970 et 1985. Depuis, il stagne ou baisse légèrement. Entre 1997 et 2007, le revenu des 10 % les plus pauvres a augmenté de 15,7 % alors que celui des 5 % les plus riches progressait de 12,8 %. Résultat, le rapport entre ces revenus est passé de 4,4 à 4,28.

Si l'on raisonne en écarts absolus - en euros -, les choses sont très différentes³. Entre 1997 et 2007, alors que les 10 % les plus pauvres ont gagné 1 360 euros de plus (après inflation), les 5 % les plus aisés ont engrangé 4 900 euros supplémentaires ! L'écart de niveau de vie s'est creusé de 3 500 euros. On vit bien avec des euros et non avec des pourcentages... Les revenus des plus riches et des plus pauvres s'écartent, même si d'une façon relative ils se rapprochent.

³ Louis Maurin, *L'évolution des inégalités de revenus en France*, note publiée sur le site de L'observatoire des inégalités, le 17 novembre 2009

Il semble que le même cas de figure se rencontre en matière de santé. On lit beaucoup dans la littérature comme une tendance avérée que les écarts s'y creusent⁴.

« Malgré une amélioration globale de la santé de la population, le taux de décès des cadres a diminué plus vite que celui des ouvriers entre les années cinquante et les années quatre-vingt-dix. Les écarts de mortalité par cancer en fonction de la catégorie sociale se sont même creusés, tant pour les hommes que pour les femmes françaises au cours du dernier quart du 20e siècle. » Or le graphique publié dans le Rapport du Haut Conseil p.31 sous le titre Espérance de vie à 35 ans, des hommes et des femmes en France par catégorie socioprofessionnelle, périodes 1976-84 et 1991-99 montre au contraire un resserrement des écarts entre classes sociales entre les deux dates, tout en affirmant le contraire dans le commentaire.

Ici encore, ces contradictions s'expliquent par des différences de mesure qui ont trait à la durée qui sépare les deux bornes temporelles retenues, au périmètre de la population prise en compte (avec ou sans les précaires, avec ou sans les étrangers et les sans-papiers, avec ou sans les inactifs, France ou tous pays), à l'âge à partir duquel on évalue l'espérance de vie et surtout au type de problème de santé retenu. Toutes les dimensions des inégalités de santé n'évoluent pas au même pas, sous le rapport des inégalités. Accidents du travail, maladies cardio-vasculaires, cancers, maladies chroniques, etc... Au sein même des cancers, il en est où les écarts se creusent, d'autres où ils se réduisent. C'est le grand mérite des études contemporaines de pouvoir raisonner à un niveau très fin.

Globalement, depuis 1968, la mortalité a diminué mais certaines catégories en ont plus profité que d'autres. Pour les hommes âgés de 55 à 64 ans, les écarts de mortalité ont augmenté. Le risque de décès en sept ans est resté stable entre 1968 et 1996 pour les hommes sans diplôme. Pour ceux ayant des diplômes supérieurs, il a baissé de façon constante. Les inégalités liées au niveau d'études ont donc augmenté depuis 1968 et ce, pour les hommes comme pour les femmes. Si l'on considère les personnes qui travaillaient à la date d'un recensement, on constate que les inégalités sociales de mortalité entre catégories socioprofessionnelles sont restées sensiblement de même ampleur, ceci pour les deux sexes. Par contre si on considère la situation sociale au recensement pour l'ensemble de la population (en activité ou non au recensement), les inégalités ont nettement augmenté. Les inégalités de mortalité ont donc augmenté durant la période, du fait d'une augmentation des écarts entre les actifs qui ont un emploi rémunéré et ceux qui ne travaillent pas. Ces derniers ont une mortalité plus élevée, et sont aussi plus nombreux dans la période 1990-1996 que dans les périodes précédentes, car le chômage a augmenté et accéder à un emploi ou le conserver est devenu plus difficile.

Un bémol, toutefois. Les évaluations internationales des systèmes scolaires (Pisa) montrent qu'en France, à l'âge de 15 ans, les écarts s'accroissent entre les performances des meilleurs et celles des moins bons. Les meilleurs sont meilleurs et les faibles plus faibles et plus nombreux. Une tendance identique se retrouve en matière de logement. L'accès à la propriété est en effet de plus en plus réservé aux ménages les plus aisés, alors que les ménages les plus modestes sont de plus en plus locataires. Ce sont en effet les ménages les plus modestes qui ont connu l'augmentation la plus forte de leur taux d'effort, de 22 % en 1988 à 30 % en 2006 (avec une augmentation particulièrement forte de 3 points de pourcentage entre 2002 et 2006) mais de 15 à 18 seulement pour

4 Rapport du Haut conseil de la santé publique, décembre 2009, p 30, et Pr Jean-Pierre Grünfeld, *Recommandations pour le Plan cancer, 2009-2013*, 26 mars 2009, p.77

les plus riches. Cette forte augmentation du taux d'effort dans le bas de la distribution permet de mieux comprendre pourquoi les ménages à bas revenus sont si peu nombreux à devenir propriétaires, malgré les dispositifs d'aide (prêts aidés et aides au logement).

Ce modèle d'évolution où les pauvres deviennent plus pauvres et les riches plus riches s'applique-t-il au domaine de la santé ? On peut en douter, au vu des données disponibles. Il faut être pourtant très attentif à ce qui se passe aujourd'hui dans le domaine de l'éducation. Le niveau d'instruction étant en matière de santé la variable la plus clivante, les inégalités d'éducation d'aujourd'hui peuvent préfigurer les inégalités sociales en matière de santé de demain.

- **Les inégalités territoriales** : elles existent et sont fortes d'abord par l'offre de soins, les fortes disparités de densité médicale et d'établissements hospitaliers entre les régions. Le nombre de médecins pour 1 000 habitants, les équipements hospitaliers, la qualité des services hospitaliers, l'éventail des spécialités, les comportements des médecins, les liens entre médecine libérale et médecine hospitalière, les écarts entre médecine de pointe et médecine ordinaire, autant d'aspects de ces disparités régionales. Un seul exemple. Exemple, l'accès à la greffe : la durée de l'attente d'un greffon rénal va de moins de 4 mois à Nancy à plus de 3 ans dans la région parisienne. Les raisons en sont multiples : les écarts ne sont pas imputables au seul rapport Offre de greffons/ Nombre d'inscrits. L'activité des centres autorisés est très variable, l'information ne circule pas de façon identique dans les centres de dialyse, l'incitation est souvent absente, etc... Le domaine de la transplantation constitue un champ très fructueux pour réfléchir sur les inégalités sociales de santé et les dilemmes moraux qui leur sont associés.

L'offre de soins est une dimension du problème, ce qui l'apparente à une inégalité face aux équipements collectifs qu'on rencontre dans d'autres domaines : école, sport, culture.. Mais il en est une autre, c'est aussi l'inégale distribution des pathologies : l'incidence des cancers forme un croissant de surmortalité, allant de la Bretagne à la Lorraine, en passant par la Normandie, le Nord Pas-de-Calais, la Picardie et la Champagne-Ardenne, où les cas de cancers sont largement supérieurs à la moyenne nationale. Ces régions présentent également une sur-exposition aux différents facteurs de risques : tabac, alcool, expositions professionnelles et environnementales. Ainsi, la région Nord Pas de Calais présente les taux de cancer les plus élevés d'Europe. Ce sont aussi les régions où les taux de chômage et de suicide sont élevés. Les trois cartes – cancer, suicide, chômage – se ressemblent sans se superposer.

On a ici la preuve que les origines des inégalités sociales en matière de santé sont en grande partie extérieures au champ de la santé.

3. Un terrain privilégié de comparaison : école et santé.

On retrouve donc dans les inégalités sociales face à la santé, beaucoup de caractéristiques communes à d'autres types d'inégalités : la contrainte budgétaire, la transmission, les modèles d'évolution, etc... Rien d'étonnant à partir du moment où beaucoup des déterminants sociaux sont extérieurs au champ de la santé et que les deux variables majeures, revenu et diplôme, y exercent leurs ravages coutumiers. Il est pourtant un régime de fortes inégalités dans notre pays qui s'apparente plus que d'autres à celui des inégalités de santé. Ce régime est celui de l'éducation.

La comparaison terme à terme est riche puisqu'elle permet de cerner progressivement ce qui fait dans notre pays l'originalité des inégalités sociales de santé.

Beaucoup de traits sont communs. A commencer par cette surprise, ce scandale qu'a provoqué au début des années 60 pour l'école, plus récemment pour la santé, la publication de données statistiques objectives et de plus en plus précises sur l'ampleur des écarts entre catégories sociales. Elles sont d'autant plus perçues comme révoltantes qu'on ne les soupçonnait pas car dans les deux cas, la variable revenu était neutralisée par la gratuité de l'école et celle des soins couverts par la sécurité sociale. On est bien, ici et là, dans le domaine des consommations non-marchandes.

Dans les deux cas : deux services publics au service de deux biens collectifs qui sont à la fois des valeurs universelles, la santé et l'éducation, et des facteurs productifs. Fonctionnaires et praticiens qualifiés et instruits animés par les valeurs d'égalité et d'accès à tous. Mais pouvant parfois préférer la satisfaction d'intérêts corporatifs à l'exercice de leur mission de salut public. Deux services publics à la fois concurrents et complémentaires d'un secteur privé ou libéral. Deux services publics en proie l'un et l'autre aux réductions drastiques de leurs moyens.

Dans les deux cas, l'incidence de la catégorie sociale des élèves et des patients sur le niveau de santé ou d'instruction est la plus forte de tous les pays européens.

Dans les deux cas, l'origine des inégalités se situe largement en amont de l'entrée à l'école ou dans le cabinet médical. Les différents milieux sociaux se caractérisent par des rapports au corps et à la santé, bref par des cultures somatiques différentes. Luc Boltanski a remarquablement analysé ces dimensions dans un article publié en 1971⁵. Les paragraphes qui suivent s'en inspirent directement.

L'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps, à leur apparence physique, mais aussi à leurs sensations physiques, de plaisir ou de déplaisir, croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale. Soins corporels, soins de beauté, sports, régime, fitness, la forme, la ligne, pratiques alimentaires. Tout se passe, en effet, comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une « sélection » ou d'une « attribution » différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent. Si on refuse de « s'écouter », si on attend la dernière extrémité pour aller « voir le médecin », se « faire opérer » ou « rentrer à l'hôpital », c'est que les contraintes de la vie quotidienne, les contraintes économiques notamment, interdisent ou rendent pour le moins extrêmement difficile l'abandon des tâches quotidiennes, du travail, du travail physique que l'on exige continuellement du corps.

Pour les membres des classes populaires, la maladie est ce qui enlève sa force au malade, c'est-à-dire ce qui lui interdit de « vivre normalement » et de faire de son corps un usage (professionnel surtout) habituel et familial. A l'inverse, les membres des classes supérieures qui prêtent attention à leur corps et ont une perception plus aiguisée de ses messages, n'établissent pas une différence aussi tranchée entre l'état de santé et l'état de maladie, si bien qu'ils ont tendance à voir dans la maladie une sorte de dégradation longue et insidieuse de la santé plutôt qu'un accident soudain. Les membres des classes supérieures adoptent à l'égard de la maladie une attitude de

5 Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, (1971), 1, pp. 205-233.

prévision, soit qu'ils cherchent, dans le présent, les signes avant-coureurs de maladies qui ne se sont pas encore manifestées brutalement, soit qu'ils se soumettent à un certain nombre de règles qui visent à les préserver de l'atteinte de la maladie. Ces différences de rapports au corps entre milieux sociaux ressemblent aux différences que l'on observe dans les différences de rapport à la culture savante.

Dans les deux cas, il existe aussi des affinités électives, des connivences entre les milieux sociaux des soignants et les patients de milieux favorisés du même type qu'entre les enseignants et les élèves des mêmes milieux. Une étude de la Drees a mesuré la durée des consultations en fonction du milieu social des patients. Le résultat est clair : plus le patient est diplômé, plus la consultation dure longtemps et... inversement. La fréquence et l'intensité des relations que les malades entretiennent avec le médecin et la qualité du « colloque singulier » croissent quand diminue la distance sociale entre le médecin et son malade.

Comme à l'école, beaucoup passe ici par le langage. L'aptitude à entendre, identifier et exprimer les messages corporels varie comme l'aptitude à les verbaliser. Les sensations morbides ne s'expriment pas sans langage : la perception et l'identification des sensations morbides sont fonction du nombre et de la variété des catégories de perception du corps dont dispose le sujet, c'est-à-dire de la richesse et de la précision de son vocabulaire de la sensation et de son aptitude, à manipuler et à mémoriser les taxinomies morbides et symptomatiques. L'information médicale qui se transmet au cours de la consultation médicale est d'autant moins importante (quantitativement et qualitativement) que le malade est situé plus bas dans la hiérarchie sociale, c'est-à-dire que son aptitude à comprendre et à manier la langue savante qu'utilise le médecin et, par conséquent, ses moyens de pression sur le médecin, sont plus faibles.

Dans les deux cas, l'information sur le système, scolaire ou de santé, est inégalement distribuée. Les bonnes filières, les bons réseaux, les circuits qui permettent d'optimiser le meilleur du public et du privé sont loin d'être connus de tous.

Dans les deux cas, les membres des classes populaires sont incités, ici par les pressions culturelles de leur milieu social, là par la dureté de leurs conditions d'existence et de travail, à consommer en grande quantité les produits les plus nocifs et les plus contraires à la réussite scolaire dans un cas, à la santé dans l'autre : BD-jeux vidéo-télé d'un côté, alcool-tabac-pop-corn de l'autre. Ces conduites suicidaires font des membres des classes populaires des mauvais élèves et des patients à risque. L'étude d'un jeune économiste a montré que l'effet des campagnes sur les méfaits du tabac et de la hausse des prix du tabac sur la consommation de cigarettes est très variable selon les milieux sociaux. Elles ne déterminent de changements réels de comportement que dans les catégories instruites qui écoutent ces messages, les intériorisent et diminuent ou stoppent leur consommation. Ce n'est pas le cas parmi les classes populaires, beaucoup plus sourdes à ces messages : refusant de renoncer au tabac, elles acceptent de payer de plus en plus cher leur tabac au point de s'appauvrir en gonflant le coefficient budgétaire consacré au tabac. La hausse des prix pénalise d'abord les plus pauvres.

Les affinités sont fortes entre ces deux types d'inégalités sociales. Et pourtant, le domaine de la santé n'est pas encore devenu le champ clos des affrontements de classes qu'on observe aujourd'hui sur la scène scolaire où on est passé du régime des inégalités passives aux inégalités actives. La crise économique a persuadé chacun de l'enjeu considérable que représentait l'éducation et la détention d'un diplôme. L'éducation est donc devenue l'objet d'une compétition effré-

née entre les familles. Il faut à tout prix trouver le meilleur établissement pour ses enfants. La suppression de la carte scolaire exacerbe les stratégies individuelles et produit des effets dévastateurs par la polarisation entre les établissements : des ghettos ici, des chasses gardées là. Les établissements périphériques sont décapités de leurs meilleurs élèves. Privatisation du public, spatialisation des inégalités sociales, concentration et confiscation des meilleures ressources, concurrence, tel est aujourd'hui l'état du chantier scolaire. Les origines sociales des élèves des grandes écoles où 80 % d'entre eux sont des enfants de cadres, chefs d'entreprise et professions libérales parlent d'elles-mêmes. Il ne semble pas que ce modèle de luttes ouvertes s'applique encore stricto sensu au domaine de la santé. Cette différence n'est pas négligeable. Mais encore une fois, restons prudents : les inégalités d'aujourd'hui à l'école seront peut-être celles de la santé demain.

Bref, dans les deux cas, l'origine de l'inégalité se situe en grande partie dans les comportements des individus qui sont autant de réponses à des contraintes économiques, sociales et culturelles. Et la solution n'est pas dans la qualité de la campagne anti-tabac mais dans l'amélioration des conditions de travail et d'existence. Ces inégalités sociales se trouvent enracinées dans des contextes économiques et sociaux.

Conclusion

Comment à la suite de toutes ces comparaisons, caractériser les inégalités sociales de santé, par rapport aux autres ?

Qu'on les tienne comme le stade suprême des toutes les autres inégalités ou comme un rouage efficace de leur reproduction, les inégalités sociales de santé ont beaucoup à voir avec les autres. Mêmes déterminants d'ensemble, - revenu, diplôme, profession, localisation géographique -, mêmes formes et styles de régime : contraintes budgétaires, transmissions intergénérationnelles, tendances d'évolution.

Le niveau d'instruction semble être la variable la plus discriminante. La part attribuée aux conduites des individus y est très élevée ainsi que la qualité des relations entre les individus et les professionnels des soins.

Empruntant beaucoup de traits à tous les autres registres d'inégalité, elles ont beaucoup à voir avec celles qui sévissent dans les domaines des consommations non-marchandes et plus particulièrement de l'éducation. Contrairement aux seules inégalités de revenu ou d'emploi, elles passent en effet en grande partie par les conduites et les comportements des individus, lesquels, loin d'être libres et le produit de leur seul libre arbitre, sont au contraire déterminés par les contraintes imposées par l'environnement professionnel, social et culturel du milieu.

Comme pour l'école, le niveau d'inégalités sociales observé en France est élevé, très élevé même, plus fort en tous les cas que dans les autres pays européens et cela malgré un système de prise en charge par l'Etat de la gratuité des soins. Il semble que le modèle d'évolution observable dans le domaine de l'éducation « le niveau monte mais les écarts se creusent » s'applique aussi en partie à la santé mais, semble-t-il, avec une moindre intensité, les profils d'évolution selon les pathologies semblant beaucoup plus diversifiés. La compétition exacerbée que se livrent les familles pour placer au mieux leur progéniture dans les meilleurs établissements scolaires, compétition

qui exerce des effets désastreux sur le niveau d'éducation des enfants appartenant aux milieux les plus démunis, ne semble pas avoir d'équivalent direct en matière de santé.

Il s'agit d'inégalités tenaces, résistantes, persistantes puisqu'elles sont en grande partie l'effet d'autres inégalités sociales et économiques qui ne sont pas près de s'estomper. Il est clair que la réduction des inégalités sociales représente le meilleur levier contre les inégalités de santé.

Du point de vue des perspectives, il est clair que la tolérance croissante de nos concitoyens aux inégalités, tendance observée dans un très grand nombre d'enquêtes, de même qu'un certain nombre de mesures liées aux économies réalisées dans le service public ne vont pas favoriser la réduction de ces inégalités. Il est clair aussi qu'une connaissance plus exacte encore et plus fine de tous ces déterminants et de toutes ces formes d'inégalité sont de nature à identifier et exploiter les marges de manœuvre possibles : elles sont nombreuses.

Le dix-neuvième siècle a proclamé le droit à la maladie ; le vingtième, le droit à la santé compris comme épanouissement de la personne, mais entendu comme droit aux soins médicaux⁶. Il appartiendra au vingt et unième de veiller à ce qu'en soit bien ainsi pour tous.

Mais revenons au début. Il existe une piste de réflexion qui sera peut-être une planche de salut : les femmes ! Leur état de santé est largement meilleur que celui des hommes : comment font-elles ? Comme leur taux d'activité est quasiment identique à celui des hommes, on ne peut plus imputer le seul travail pour expliquer la surmortalité masculine. On a tous beaucoup à gagner à comprendre et à s'inspirer de tous les comportements et conduites dont elles font preuve dans leur rapport au corps.

Voilà qui donnerait un sens concret à la formule d'Aragon : « la femme est l'avenir de l'homme ».

6 Anne-Marie Moulin, « Le corps face à la médecine », in Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello, *Histoire du corps*, tome 3, Le Seuil, 2006, p.15.



Les déterminants sociaux de la santé

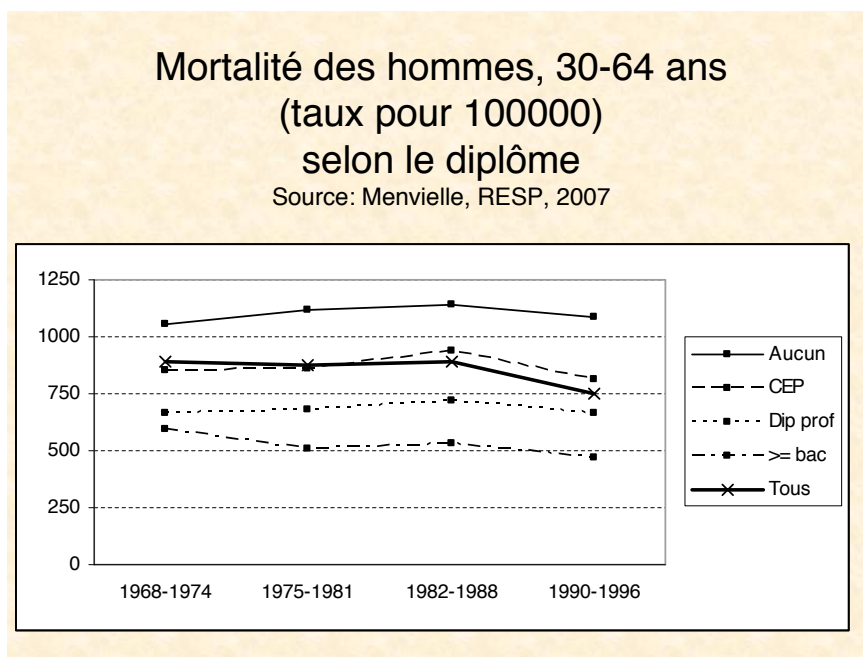
Annette Leclerc, Inserm



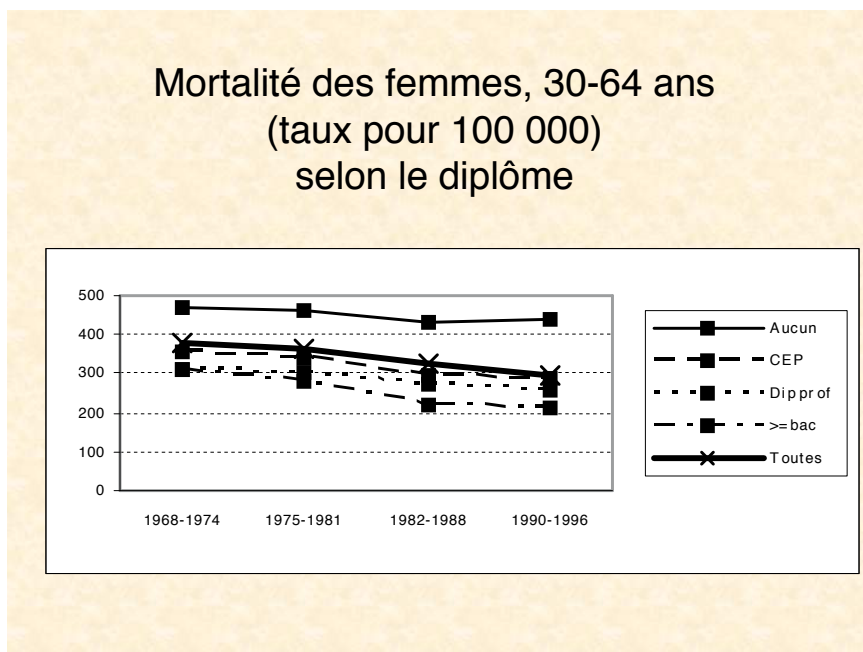
Annette Leclerc est directrice de recherche à l'unité 687 de l'Inserm à Villejuif, « Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé ». Avec Monique Kaminski et Thierry Lang, elle a publié en 2008 « Inégaux face à la santé, du constat à l'action », aux éditions La Découverte – Inserm. Au-delà d'un état des lieux en France, cet ouvrage insiste sur les domaines où il est possible d'agir pour réduire les inégalités sociales de santé. Annette Leclerc mène également des travaux de recherche sur les facteurs professionnels en lien avec la santé, particulièrement les TMS (troubles musculo-squelettiques), première cause de maladie professionnelle en France. Elle s'intéresse particulièrement au rôle du « travail » dans les inégalités sociales de santé.

J'ignore si ma présentation permettra de faire la lumière sur les raisons pour lesquelles le niveau de santé des femmes est supérieur à celui des hommes. En effet, j'entends essentiellement m'intéresser aux inégalités sociales de mortalité en France. Je m'efforcerai de rappeler un certain nombre de résultats qui figurent également dans le rapport du Haut-Conseil de la santé publique. Ensuite, je développerai la question du rôle des conditions de travail et d'emploi. En effet, comme sur les comportements, l'environnement physique, le logement et l'éducation, le travail est un domaine où il est possible d'agir.

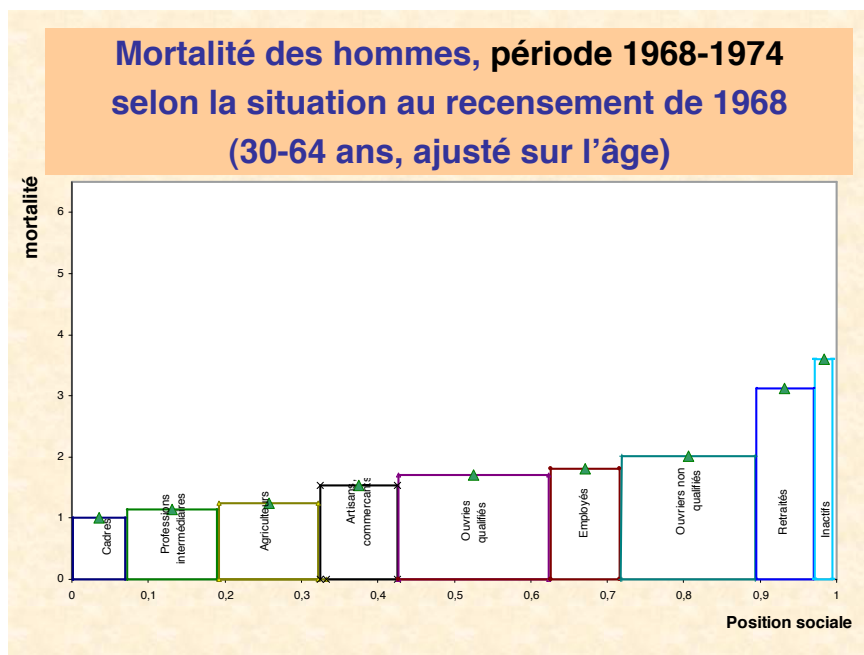
Les inégalités sociales de mortalité



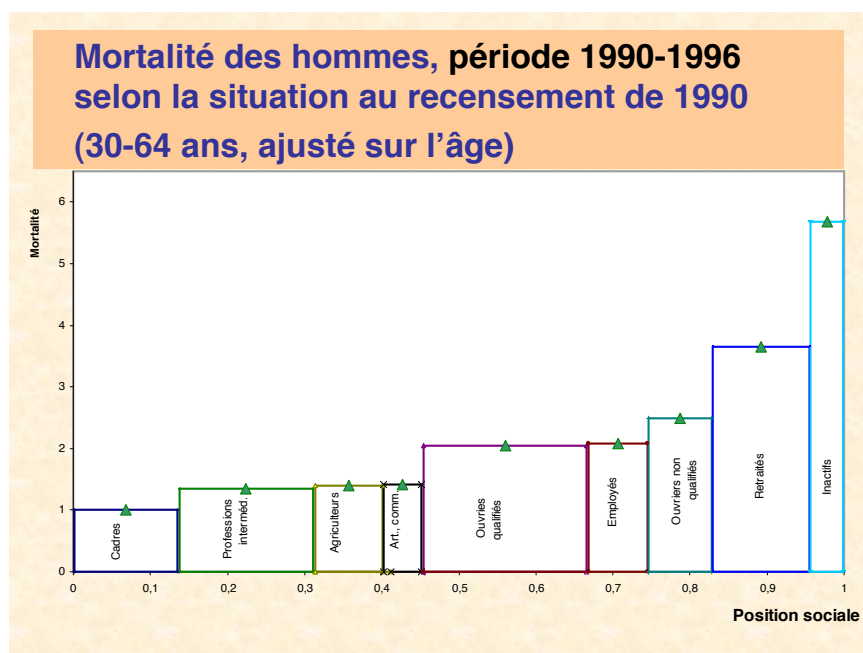
Cette diapositive décrit la mortalité des hommes de 30 à 64 ans selon les diplômes pour quatre périodes différentes. Nous constatons un gradient social à toutes les époques. Plus les études sont longues, meilleure est la protection. Si la mortalité diminue globalement depuis 1968, les inégalités sociales semblent augmenter. Cela pourrait être un artefact lié au fait que la catégorie « aucun diplôme » concerne désormais une part assez faible de la population. Toutefois, si l'on tient compte de l'ensemble de la distribution, on conclut également à une augmentation des écarts.



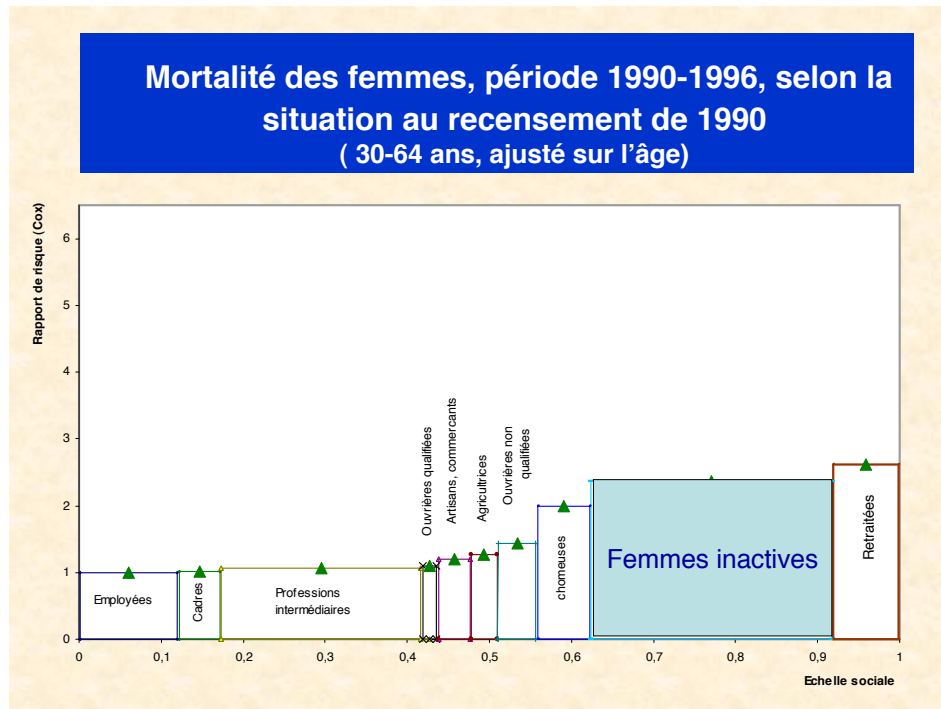
La mortalité des femmes est en effet beaucoup plus faible que celle des hommes. J'ignore pour quelles raisons et je ne chercherai pas à répondre à cette question aujourd'hui. J'observe en revanche, à l'instar de ce qui se passe chez les hommes, une augmentation des inégalités.



Les deux catégories pour lesquelles la mortalité est la plus élevée sont les retraités et les inactifs, sachant que ces groupes sont de taille réduite par rapport à l'ensemble de la population. S'agissant des autres catégories, nous observons un gradient social avec un rapport de 1 à 2 des cadres aux ouvriers spécialisés.



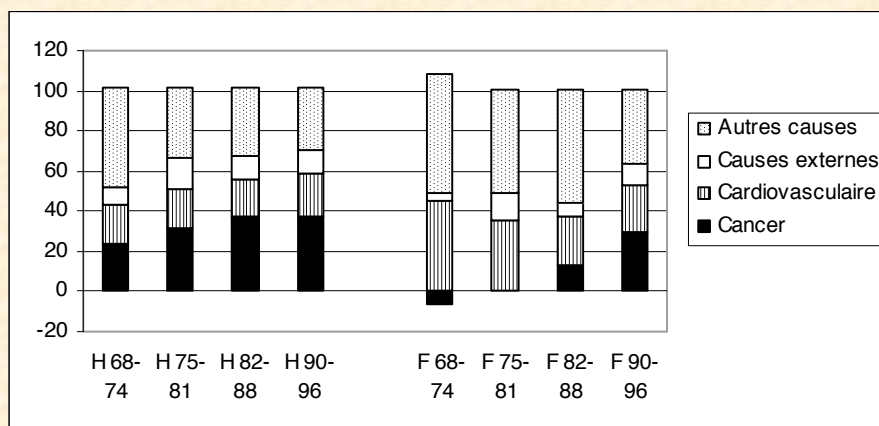
Si l'on se réfère aux mêmes données pour la période 1990-1996, il apparaît que la répartition des catégories sociales a évolué. Les cadres sont plus nombreux au détriment des ouvriers non qualifiés. Le gradient social parmi les actifs s'est en revanche assez peu modifié. Les changements les plus importants concernent les deux catégories de droite, retraités précoces et inactifs qui sont plus nombreux et pour lesquels l'écart avec les actifs face au risque de décès s'est accru, ce qui est dû, au moins en partie, à ce que des effets de sélection par la santé sont intervenus.



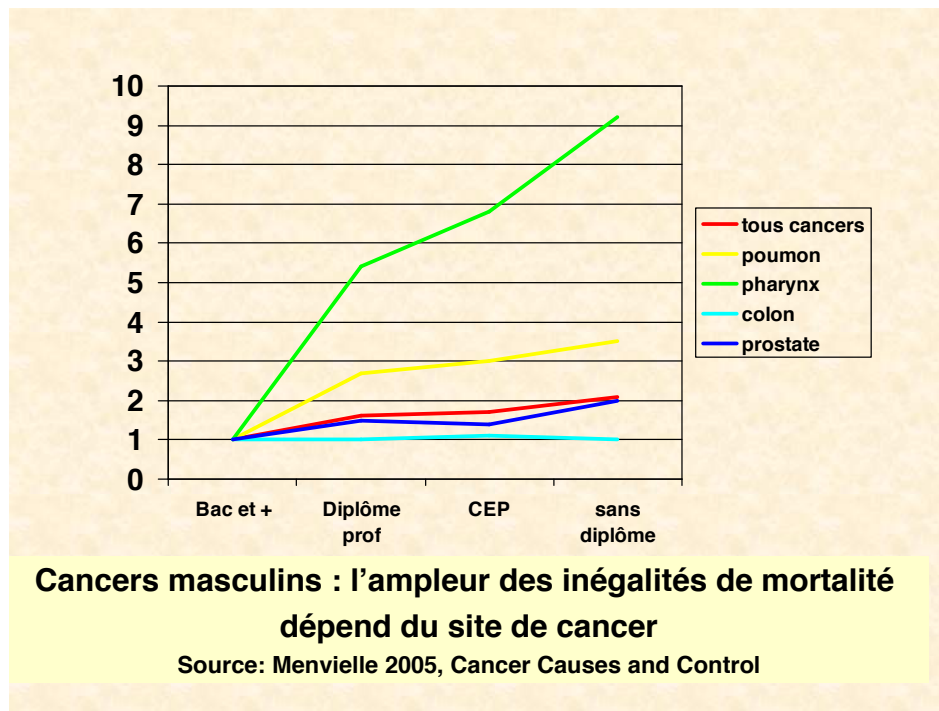
S'agissant des femmes, la mortalité la plus faible est celle des cadres et des employées. Les femmes inactives représentent 30 % de la population et ont une mortalité plus élevée que celle des ouvrières. La sélection par la santé est une explication très partielle de ce phénomène. Un rapport de l'Insee (Meijer, 2004) montre que cette catégorie est hétérogène. Les femmes qui ont provisoirement arrêté de travailler pour élever leurs enfants ont une mortalité faible. Elles vivent dans de bonnes conditions et ont un bon logement. Pour d'autres, nous pouvons nous demander si leur santé ne serait pas meilleure si elles travaillaient. En effet, travailler dans de bonnes conditions est a priori favorable à la santé comme l'ont démontré d'assez nombreuses études dans différents pays.

Causes de décès à l'origine des inégalités
En pourcentage des décès en excès parmi les personnes sans diplôme
 Référence: diplôme supérieur (source: Menvielle 2007)

Hommes **Femmes**



S'agissant des causes de décès les plus fréquentes parmi les personnes sans diplôme, nous pouvons nous intéresser plus précisément à la place du cancer. Pour les femmes, la situation a évolué au fil du temps notamment du fait du cancer du sein. Pendant longtemps la mortalité par cancer du sein contribuait à réduire les inégalités car les femmes de milieux défavorisés étaient protégées vis-à-vis du cancer du sein. Ceci n'est plus vrai. Pour la période la plus récente, une part non négligeable des inégalités est due aux cancers chez les femmes.



Pour les hommes en revanche, le cancer occupe une place importante à toutes les périodes. D'un type de cancer à un autre, la situation est cependant très variable. Les inégalités sont très fortes pour les cancers des voies aérodigestives supérieures et beaucoup moins pour d'autres localisations.

La situation en France est-elle différente de celle observée chez nos voisins européens ? La réponse est oui. Les inégalités de mortalité prématurée sont plus importantes pour les hommes que celles observées dans d'autres pays d'Europe. Le poids des consommations d'alcool a été souligné en France. Cette situation est connue depuis un certain nombre d'années.¹

Nous pouvons nous demander quelles sont les évolutions récentes ces dix dernières années. Nous savons par exemple que la mortalité par cancer du poumon a augmenté chez les femmes. Nous ignorons en revanche quelles catégories sont touchées. Les données ne sont en effet pas accessibles. Actuellement, nous ne pouvons plus coupler les données de l'Insee aux données de mortalité par cause de décès. La France est par conséquent exclue d'un certain nombre de comparaisons entre pays d'Europe.

Les conditions d'emploi et de travail dans la réduction des inégalités sociales de santé

Le premier volet que j'évoquerai concerne l'emploi précaire et le chômage. Il est largement développé dans le rapport de l'OMS qui nous a été présenté en début de matinée. Le second volet est celui des expositions professionnelles pour lequel je donnerai quelques exemples d'approches quantifiées. Enfin, le dernier volet concerne le maintien dans l'emploi de personnes malades.

1 Les inégalités sociales devant la mort en Grande-Bretagne et en France. Leclerc, Goldberg, Lert. Social Science and Medicine, 1984

Socioeconomic inequalities in alcohol related cancer mortality among men: To what extent do they differ between Western European populations? Menvielle, Kunst, et al. International Journal of Cancer 2007.

Expositions professionnelles : globalement plus fréquentes dans les catégories sociales défavorisées

Fréquences de quelques contraintes professionnelles, SUMER 2003 (en % d'exposés)

	Cadre	Intermédiaire	Employé administratif	Employé Commerce	Ouvrier qualifié	Ouvrier non qualifié
Bruit	5	12	2	3	42	36
Ecran	44	29	47	6	3	2
Port de Charges	1	5	5	20	21	28
Debout	4	17	5	48	42	48
Répétitivité	1	3	5	11	14	27
Exposit chimique	3	16	2	32	47	46

La réduction des expositions professionnelles est une piste d'action crédible. En effet, la majorité des expositions professionnelles ayant des effets négatifs sur la santé sont plus souvent observées chez les ouvriers, comme le montrent les données de l'enquête Sumer. Quelques exceptions existent cependant :

- le travail sur écran est plus fréquent chez les cadres ;
- la demande psychologique et le soutien social au travail ne suivent pas réellement un gradient social.

Tabac, alcool... mais aussi les expositions professionnelles

Cancers des Voies Aérodigestives Supérieures Proportion des écarts « manuel / non manuels » expliqués par... en %

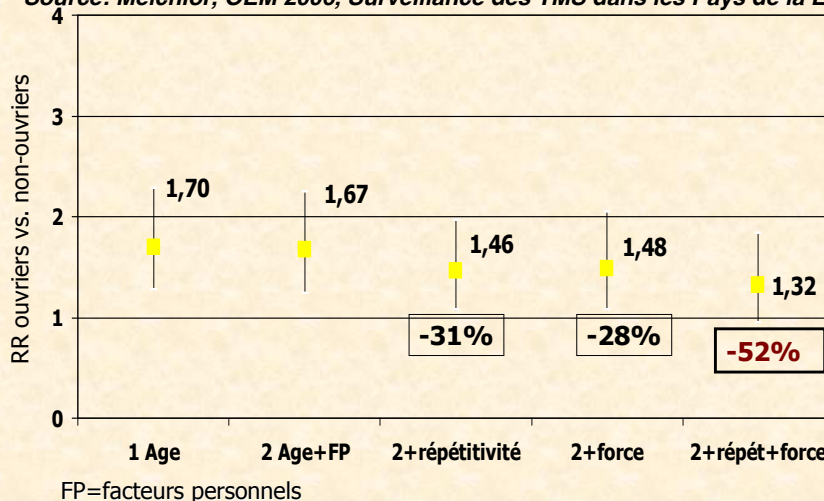
Source: G. Menvielle 2004, Int J Epid

	Tous VADS	Glotte	Sus-glotte	Epilarynx	Hypo pharynx
Tabac + alcool	41	49	36	43	34
Proportion des écarts restants expliqués par les exp prof	42	48	5	63	49

Les expositions professionnelles jouent un rôle important en matière de décès par cancer des voies aérodigestives. Les écarts entre manuels et non manuels pour l'ensemble de ces cancers sont expliqués à 41 % par les différences de consommation de tabac et d'alcool. Une fois pris en compte les effets de ces consommations, 42 % des écarts restants sont expliqués par des expositions professionnelles à des cancérogènes.

« Au moins un TMS (Trouble Musculo-Squelettique) » chez les hommes Inégalités ouvriers - non ouvriers % expliqué par...

Source: Melchior, OEM 2006, Surveillance des TMS dans les Pays de la Loire



Une autre étude s'est intéressée aux inégalités entre ouvriers et non ouvriers s'agissant des troubles musculo-squelettiques. Les données de surveillance des TMS dans les Pays de la Loire montrent, pour les hommes, un risque multiplié par 1,7 chez les ouvriers.

Inégalités ouvriers-non ouvriers et TMS spécifiques

La part « due au travail » est accessible à la prévention en entreprise

	Hommes	Femmes
Tendinite épaule	n=105	n=99
RR ouvrier-non ouvrier	2.07 (1.38-3.08)	1.90 (1.31-2.77)
% « dû au travail »	67%	62%
SCC (poignet)	n=35	n=44
RR ouvrier-non ouvrier	1.40 (0.70-2.76)	2.10 (1.17-3.74)
% « dû au travail »	-	96%

**Scénarios « réalistes », diminution des expositions:
Les « gains » associés peuvent aussi être chiffrés**

Plus de 50 % de l'excès observé chez les ouvriers disparaîtrait si les ouvriers et les cadres étaient à égalité face à ces contraintes dans le travail. L'excès de syndrome du canal carpien chez les ouvrières disparaîtrait complètement si toutes les femmes étaient exposées de manière comparable. Ce type de modélisations permet de chiffrer les gains associés à des scénarii de diminution des expositions.

Contribution des expositions professionnelles aux associations entre lombalgie et catégorie sociale dans la cohorte GAZEL

Source: Plouvier, SJWEH, 2009

	RR ajusté / Age	Modèle A1
CS Cadre	1	1
Intermediaire	1.03	0.85
Employés	2.36	1.74
% changement		45
Ouvrier	1.92	1.25
% changement		73
Conduite auto*		1.02
Penché, torsion du tronc*		1.84
Port de charges*		1.04

RR pour 20 ans d'exposition

Ainsi, il apparaît s'agissant des lombalgies que les écarts entre ouvriers et cadres disparaîtraient à 73 % si tous étaient à égalité en matière d'exposition.

Les expositions les plus susceptibles de contribuer à des inégalités sociales de santé sont les suivantes :

- expositions à des cancérogènes ;
- à des facteurs physiques ;
- à des contraintes ergonomiques ;
- à certains facteurs psychosociaux ;
- à des facteurs liés à l'organisation du travail et au statut d'emploi.

Que faire pour éviter les conséquences négatives d'un problème de santé ?

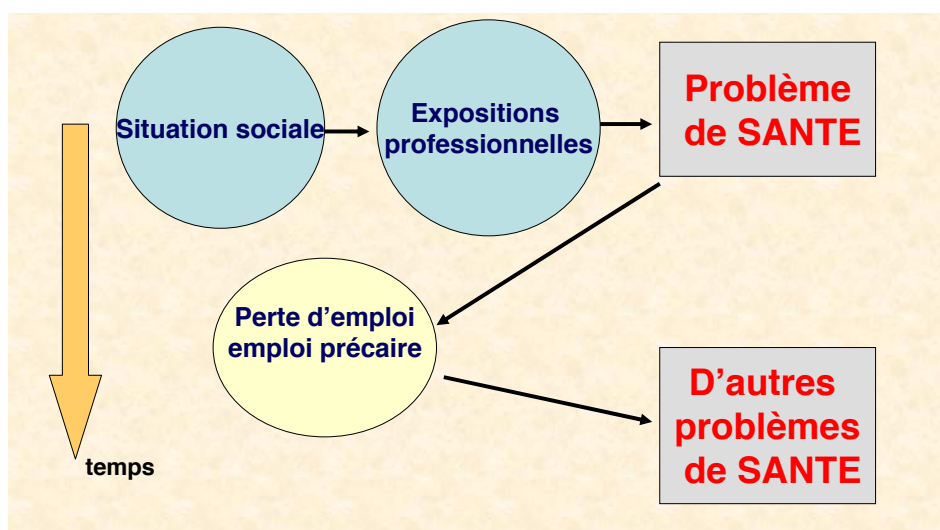
Travailleurs vieillissants:

- ▶ importance de la formation continue
- ▶ comparaisons France/ autres pays d'Europe :
Le passage à la retraite « pour raison de santé » n'existe pas en France



Le travail, au travers des expositions professionnelles, peut contribuer aux inégalités sociales de santé. Il en va de même pour le non travail. Au cours d'une vie, les deux situations peuvent se cumuler. Les expositions professionnelles entraînent des problèmes de santé, lesquels ont pour conséquence perte d'emploi, travail précaire, etc. qui ont des conséquences négatives sur la santé.

Rôle des expositions professionnelles... et rôle du non-travail dans les inégalités sociales de santé Les deux peuvent se cumuler au cours d'une vie



Ces effets négatifs liés à la sélection par la santé ne sont pas à négliger. Face à un problème de santé tous les individus ne sont pas égaux. Certains, tels les travailleurs vieillissants qui souffrent de limitations fonctionnelles, ne peuvent plus continuer à travailler et n'ont pas de marge de manœuvre face à des conditions de travail exigeantes, notamment car ils n'ont pas le niveau d'étude suffisant pour accéder à une reconversion. En France, le passage à la retraite pour raisons de santé est une catégorie qui n'existe pas rendant la situation encore plus difficile qu'en Grande-Bretagne.

Il est certain que des actions relevant de la sphère travail contribueraient à réduire les inégalités sociales de santé :

- réduire les expositions professionnelles ;
- améliorer le statut dans l'emploi ;
- favoriser l'accès au travail et le maintien dans l'emploi avec des conditions de travail adaptées.

Ces effets peuvent être chiffrés. Les chercheurs sont prêts à réaliser des études dans ce domaine. J'espère que, dans quelques années, nous pourrons montrer les résultats positifs d'actions entreprises dans le domaine du travail et dans d'autres domaines.

Comportements et territoires

Emmanuelle Cadot, Inserm



Emmanuelle Cadot, docteur en géographie, géoépidémiologiste, est chercheur au sein de l'équipe DS3, équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins dirigée par Partick Chauvin.

L'équipe DS3 a été créée en 2002 grâce au soutien du programme Avenir de l'Inserm. Elle bénéficie depuis 2005 du soutien pluriannuel du programme de recherche médicale de la Ville de Paris et du soutien sur projets de plusieurs institutions, en particulier de la région Ile de France, de l'Agence nationale de la recherche, de la Direction générale de la santé et de la Délégation interministérielle à la Ville. Elle constitue l'une des 4 équipes de l'Unité mixte de recherche Inserm - Université Pierre et Marie Curie « Epidémiologie, système d'information et modélisation » (UMRS 707), dirigée par G. Thomas.

Les objectifs de l'équipe sont de développer des recherches en santé publique dans le champ de l'épidémiologie sociale qui étudient les relations entre les situations sociales des individus, leur contexte de résidence, et leur santé et recours aux soins, en conjuguant des approches épidémiologiques et sociologiques et des méthodes qualitatives et quantitatives.

Parmi l'ensemble de ces déterminants sociaux, le programme de recherche s'attache plus particulièrement à estimer les effets des insertions ou des ruptures sociales et du contexte familial et résidentiel - sans faire pour autant l'impasse sur les conditions de vie mais en conjuguant, au contraire, les approches psychosociales et matérialistes de l'épidémiologie sociale dans la recherche des mécanismes produisant les inégalités sociales de santé constatées.

Le projet de l'équipe se décline en 3 axes, qui permettent d'aborder ces dimensions sous des angles complémentaires :

- déterminants sociaux et contextuels des recours aux soins,*
- déterminants psychosociaux et territoriaux de la santé*
- santé, précarité et migration.*

Ce projet repose notamment sur le développement et le suivi de 2 cohortes conduites en Ile-de-France : SIRS et RECORD.

Je vais vous présenter quelques résultats concernant les inégalités sociales de santé et plus précisément les inégalités territoriales. Je ne reviendrai pas sur le constat selon lequel les inégalités sociales de santé perdurent voire s'aggravent dans certains cas. Nous disposons de connaissances détaillées sur les situations socio-sanitaires des personnes repérées comme « précaires ». Sans doute convient-il que nous ne nous limitons pas à étudier ces situations précaires pour prendre en compte l'ensemble du continuum social, ce qui nous permettra de repérer des liens entre conditions de vie, intégration et ruptures sociales, santé et recours aux soins. Enfin, les phénomènes de ségrégation sociale sont aussi des phénomènes de ségrégation spatiale. Nous avons en effet également mis en évidence des inégalités géographiques. Il conviendra de définir le lien entre les inégalités sociales et les inégalités spatiales. Le territoire apparaît non seulement comme un support mais aussi comme un produit des inégalités sociales de santé. S'agit-il seulement d'un effet de composition ou existe-t-il de véritables effets contextuels ?

Équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707 (Inserm - UPMC)

La cohorte SIRS

Ménages type nb occupants âge, sexe, lien PR étude, activité, PCS maladie grave	Cariésidents âge, sexe lien PR étude activité PCS	Quartiers RGP IRIS RGP TRIRIS Tableau de bord ZUS Repérage SIRS SIG IAU/RIF, monographies...
Géo-référencage logement travail médicins traitant gynécologue	Coordonnées nom, prénom adresse téléphone, email personnes contact	Individus plus de 300 variables...

Cohorte généraliste en population générale
représentative agglomération parisienne
surreprésentation quartiers défavorisés

3000 personnes
adultes, francophones

- 50 IRIS
surreprésentation
des types ZUS et O
- 60 ménages / IRIS
- 1 adulte / ménage

⇒ suivi tous les 18 mois

L'objectif général du programme SIRS (santé, inégalités et ruptures sociales) est de progresser dans la compréhension des processus à l'origine des inégalités sociales et territoriales de santé. L'approche est pluridisciplinaire. Nous confrontons les travaux des épidémiologistes, des sociologues et des géographes de santé. Nous travaillons sur la base de statistiques à la fois descriptives et multivariées et prenons en compte à la fois les déterminants individuels et contextuels de la santé. Le programme de recherche SIRS est une cohorte généraliste en population générale. Elle est représentative de l'agglomération parisienne en surreprésentant toutefois les quartiers défavorisés. 50 IRIS sont sélectionnés. 3 000 adultes francophones sont interrogés, soit 60 ménages par IRIS et 1 adulte par ménage. Un suivi est opéré tous les dix-huit mois. Trois interrogations ont été réalisées en 2005, 2007 et 2009. J'évoquerai trois exemples tirés de cette cohorte.

La dépression

- ① une analyse multiniveau des données 2005
 ⇒ facteurs biographique et contextuels

		OR [IC 95%]
Sexe	Hommes	1
	Femmes	1,85 [1,40-2,44]
Nationalité	Français	1
	Étrangers	1,85 [0,65-2,51]
Conditions de vie	Ne vit pas seul	1
	Vit seul	1,57 [1,25-1,98]
Revenu des ménages (UC)	4 ^{ème} quartile (+ riche)	1
	3 ^{ème} quartile	1,10 [0,67-1,79]
	2 ^{ème} quartile	1,52 [0,89-2,57]
	1 ^{er} quartile	1,86 [1,01-3,43]
Événements traumatiques dans l'enfance	Abus physique	2,13 [1,18-3,84]
	Mauvaises relations avec la mère	1,54 [1,11-2,11]
	Mauvaises relations avec le père	1,32 [1,00-1,74]
Typologie quartier résidence	Non ZUS	1
	ZUS	1,39 [1,05-1,85]

6

a. Dépression et support social

L'analyse multiniveau des données permet à la fois de prendre en compte les caractéristiques des individus et celles de leurs quartiers de résidence sur la dépression. Cette dernière a été mesurée par un outil assez classique et ordinairement utilisé appelé « MIDIAG ». Nous constatons que les facteurs de risque de dépression sont d'abord le sexe. Si la femme est l'avenir de l'homme – pour reprendre la formule de Christian Baudelot – être une femme est considéré comme un facteur de risque de dépression. Les conditions de vie constituent également un éventail de facteurs de risque. Le fait de vivre seul procure en effet un risque supplémentaire. Le revenu des ménages a également une incidence en matière de risque. Il s'agit bien là des inégalités sociales de santé. Nous constatons néanmoins, comme le faisait remarquer Michael Marmot ce matin, que l'influence des événements de vie dans l'enfance est également capitale. Les événements traumatiques, les abus physiques ou les mauvaises relations avec la mère et/ou le père ont une influence significative et marquée sur la dépression à l'âge adulte. La typologie du quartier de résidence, le fait de vivre dans une zone urbaine sensible ou non, constitue un facteur de risque aggravant de la dépression en 2005.

- ② une analyse prospective
 ⇒ Influence du support social en 2005 sur l'incidence de la dépression en 2007

		OR [IC 95%]
Sexe	Hommes	1
	Femmes	2,04 [1,43-2,91]
Revenu des ménages (UC)	4 ^{ème} quartile (+ riche)	1
	3 ^{ème} quartile	1,10 [0,67-1,79]
	2 ^{ème} quartile	1,52 [0,89-2,57]
	1 ^{er} quartile	1,86 [1,01-3,43]
Événements traumatiques dans l'enfance	Abus physique	2,25 [1,00-4,43]
	Mauvaises relations avec la mère	1,89 [1,22-2,92]
	Mauvaises relations avec le père	0,97 [0,65-1,46]
Support social en 2005	Fort	1
	faible	2,53 [1,28-5,02]

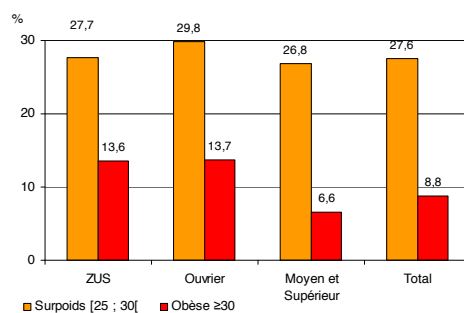
7

Le deuxième passage de la cohorte, en 2007, nous a permis de nous intéresser à l'évolution du risque de dépression. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés à l'incidence, c'est-à-dire au nouveaux cas déclarés de dépression. En d'autres termes nous n'avons considéré que les nouveaux cas de dépression apparus entre 2005 et 2007. Nous nous apercevons que le fait d'être une femme demeure un facteur de risque, de même que le fait de disposer d'un revenu faible. Les événements traumatiques de l'enfance jouent également un rôle. Surtout, le support social a un rôle majeur vis-à-vis de l'incidence de la dépression : le risque est en effet multiplié par 2,5 pour les personnes qui déclaraient n'avoir pas ou peu de support social en 2005.

L'obésité

① Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le quartier de résidence en 2005

Prévalence selon le type de quartier



Une tendance forte : la prévalence de l'obésité selon le niveau socio-économique

- 15,1% d'obèses parmi ceux qui vivent dans quartier pauvre (1^{er} quartile)
- 6,2% parmi les personnes vivant dans un quartier aisé (4^{ème} quartile)

Source : cohorte SIRS, 2005. 8

b. Obésité et environnement de vie

L'obésité est définie par un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30. La prévalence selon le type de quartiers est assez marquée et souligne le gradient social. 15,1 % d'obèses vivent dans les quartiers les plus pauvres contre « seulement » 6,1 % dans les quartiers les plus aisés.

② Facteurs contextuels associés à l'obésité en 2005

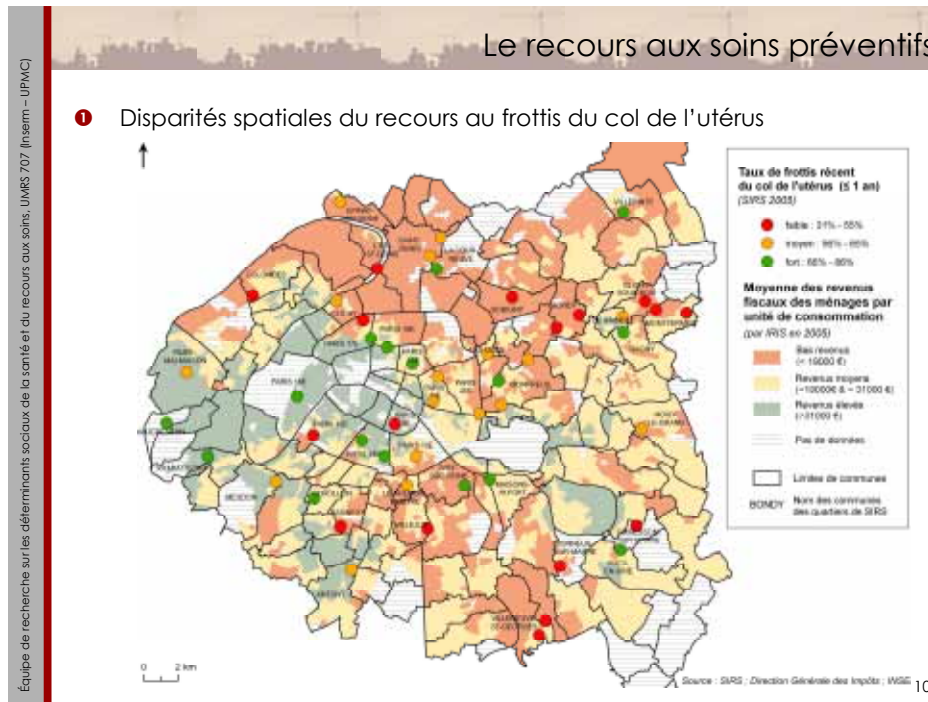
		OR*	IC 95%	p
Niveau socio-économique	5 ^{ème} quintile	1		
	1 ^{er} quintile	2,87	[1,58 - 5,21]	< 0,001
Distance moyenne / commerces de bouche	1 ^{er} quintile	1		
	5 ^{ème} quintile	2,09	[1,54 - 3,13]	0,003
Proportion fast-food / restaurants (rayon 500m)	1 ^{er} quintile	1		
	5 ^{ème} quintile	1,8	[1,10 - 2,93]	0,004
Nbre total de commerces (500m)	5 ^{ème} quintile	1		
	1 ^{er} quintile	1,91	[1,09 - 3,32]	0,001

* Ajustés sur les variables individuelles (âge, sexe, niveau d'éducation, revenu)

Source : cohorte SIRS, 2005.

9

L'analyse multiniveau prend en compte les facteurs caractérisant l'environnement de vie. Le niveau socio-économique du quartier est ajusté sur le niveau socio-économique individuel. Il apparaît que le fait de vivre dans un quartier pauvre accroît par 3 le risque d'obésité. Plus la distance avec les commerces de proximité est importante, plus le risque d'obésité augmente. De la même façon, plus la proportion de fast-food est élevée dans un rayon de 500 mètres autour du lieu de résidence, plus le risque d'obésité est fort. Enfin, le risque d'obésité est d'autant plus important que le nombre de commerce est faible. L'hypothèse que nous formulons est que les déplacements à pied sont réduits lorsque les commerces sont peu nombreux.



c. Recours aux soins préventif et mobilité

L'exemple que j'ai choisi concerne les disparités spatiales du recours au frottis du col de l'utérus. Globalement, sur cette carte, il apparaît que le taux de recours est plus faible dans les quartiers caractérisés par de plus faibles revenus. Il convient toutefois de ne pas généraliser et de ne pas se contenter de cette moyenne dans la mesure où nous observons, dans les 6^{ème} et 15^{ème} arrondissements de Paris, parmi les plus mauvais taux de recours à cet examen. A l'inverse, à Ivry sur Seine ou à la Courneuve, quartiers caractérisés par les plus faibles revenus, les taux de recours sont parmi les meilleurs.

Il convient donc de dépasser la quantification entre niveau socio-économique du quartier et mauvais indicateur de santé. Nous avons voulu nous intéresser à ces disparités d'inégalité de recours aux soins en intégrant des caractéristiques individuelles mais aussi contextuelles. Il s'agit de prendre en compte d'une part le niveau socio-économique du quartier et d'autre part la densité médicale dans le quartier. Nous avons également voulu tenir compte des comportements individuels dans le quartier de résidence et notamment de l'impact de la mobilité quotidienne. Notre hypothèse est que la mobilité joue un rôle sur le recours aux soins à la fois en réduisant les distances aux services de santé mais aussi en diversifiant les interactions sociales et en permettant aux individus de s'affranchir de l'influence du quartier de résidence.

Le recours aux soins préventifs

3 Mobilité et recours aux soins de prévention

	Pas de frottis du col de l'utérus depuis 2 ans	Pas de mammographie depuis 2 ans
Femmes avec un espace de mobilité + large que le quartier	23,4% (n= 1620)	20% (n= 655)
Femmes avec un espace de mobilité restreint au quartier	31,3% (n=154)	36,5% (n=86)
Toutes femmes	24,2% (n=1774)	22,1% (n=741)
	<i>p=0,07</i>	<i>p=0,004</i>



Dépistage moins fréquent pour les femmes qui déclarent un espace restreint de mobilité

12

Ainsi, les femmes qui ont un plus grand espace de mobilité recourent davantage que les autres à des examens tels que le frottis du col de l'utérus et la mammographie. A l'inverse, le dépistage est moins fréquent pour les femmes qui déclarent un espace restreint de mobilité.

Afin de tenir compte d'autres facteurs, nous avons construit des modèles plus complexes où nous tenons à la fois compte de la mobilité et d'autres facteurs individuels connus de recours aux soins (niveau socio-économique, âge, origine, situation professionnelle, couverture maladie).

Le recours aux soins préventifs

5 Interaction entre mobilité et effet du contexte résidentiel

Pas de frottis du col de l'utérus depuis 2 ans Après ajustement sur l'âge, l'origine, la situation professionnelle, la couverture maladie et la vie en couple	Femmes avec un espace de mobilité restreint n=154	Femmes avec un espace de mobilité large n=1620
	OR [IC 95 %]	
Moy. revenus fiscaux des ménages par UC (/ riche)		
Intermédiaire	1,80 [0,68-4,75]	1,58 [1,14-2,18]
Pauvre	5,30 [1,49-18,8]	1,93 [1,36-2,74]

→ L'effet du contexte socio-économique du quartier de résidence sur les frottis à jour du col de l'utérus varie selon l'espace de mobilité des femmes

Un effet contextuel plus fort pour les femmes ayant un espace de mobilité restreint

14

Ces paramètres pris en compte, il apparaît que l'impact de la mobilité reste bien présent. Les femmes qui ont un espace de mobilité restreint ont un risque une fois et demi plus grand de ne pas avoir de recours à jour au frottis du col de l'utérus. L'influence du niveau socio-économique du quartier de résidence perdure. En revanche, la densité médicale ne constitue pas un facteur de risque sur le recours aux soins préventifs. Enfin, nous nous sommes interrogés sur les interactions entre mobilité et le niveau socio-économique du quartier. Si l'on distingue les femmes en deux groupes (mobiles et non mobiles), il apparaît que le fait de résider dans un quartier pauvre est un facteur de risque plus important pour les femmes qui ont un espace de mobilité réduit.



Le rôle du système de soins

Chantal Cases, Ined



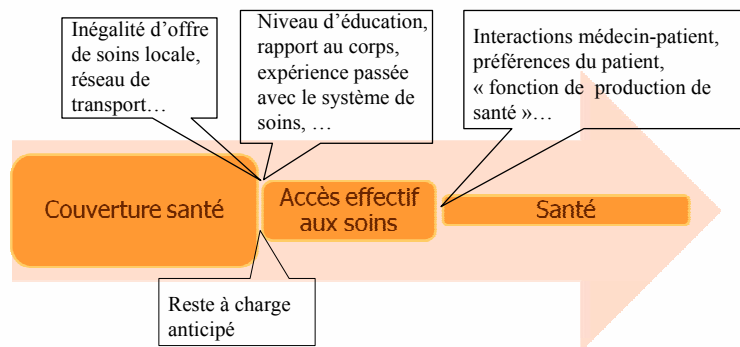
*Economiste et statisticienne, **Chantal Cases** est depuis octobre 2009 directrice de l'Institut national d'études démographiques (INED), après plusieurs années à la direction de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Elle est membre du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, du Haut Conseil de santé publique, où elle vice-préside la commission « Évaluation, stratégie et prospective » et elle est également membre de la Conférence nationale de santé.*

Ses recherches récentes portent sur l'assurance complémentaire santé en France, l'évaluation des réformes des systèmes de santé, les conditions de vie des malades chroniques et les inégalités sociales de santé.

Le rôle du système de soins en matière d'inégalités sociales de santé est souvent moins considéré que celui de l'ensemble des facteurs sociaux ou comportements individuels. Il est vrai que ces derniers sont essentiels. Je voudrais cependant vous convaincre que le système de soins a un rôle à jouer dans la réduction des inégalités sociales de santé.

La politique de santé s'est très largement concentrée sur les droits à l'accès aux soins et notamment sur la couverture santé universelle qui permet à chacun d'accéder au système de soins dans les meilleures conditions. C'est important mais cela ne suffit pas. L'accès à la couverture santé ne garantit pas que les personnes concernées accèdent effectivement aux soins. Les barrières sont nombreuses. Le rôle de l'inégalité d'offres de soins a été évoqué dans une précédente présentation. J'insisterai pour ma part sur les questions de barrières financières. Christian Baudelot a également mentionné des facteurs ayant trait au rapport au corps mais aussi aux expériences passées avec le système de soins qui peuvent, pour certaines catégories de personnes, décourager l'accès aux soins.

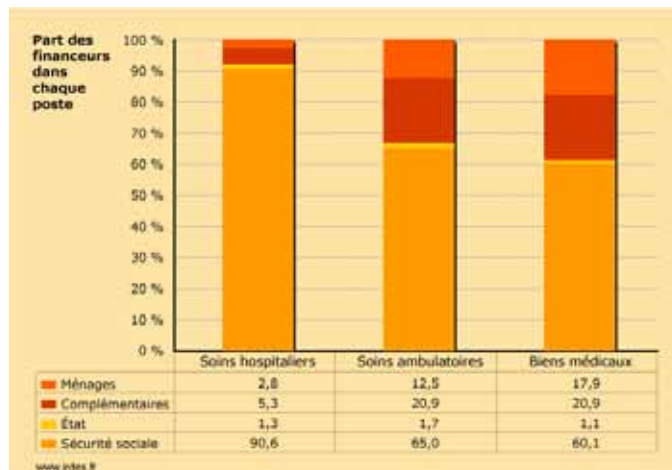
En guise d'introduction...



... **Permettre un égal accès aux soins est une condition nécessaire, mais pas suffisante, de l'égalité réelle des soins prodigués, ni de l'égalité en santé**

La couverture santé ne garantit pas un accès effectif aux soins et un accès effectif aux soins ne garantit pas une égalité des soins prodigués, bien que les professionnels de santé soient dans l'ensemble tout à fait persuadés qu'ils traitent leurs malades de la même façon. L'accès au droit n'est pas tout en matière de système de soins. Le droit d'accès aux soins est maintenant universel. Il a achevé son « universalisation » en 2000 avec la mise en place de la CMU. L'assurance publique de base couvre en moyenne un peu plus des trois-quarts de la dépense de soins des personnes. Une assurance complémentaire gratuite pour les plus pauvres a été mise en place en 2000. Il s'agit de la couverture maladie universelle complémentaire. En 2005, le système a été complété par une aide à la souscription d'assurances complémentaires pour les revenus dépassant de 20 % le seuil de la CMU établi à 627 euros. Toutes ces mesures ont considérablement amélioré la situation des plus pauvres. Les évaluations, en particulier de la CMU, ont bien montré que sa mise en place s'était accompagnée d'un meilleur accès aux soins des personnes les plus défavorisées. La CMU n'a cependant pas complètement comblé le fossé entre les plus pauvres et les catégories les plus favorisées.

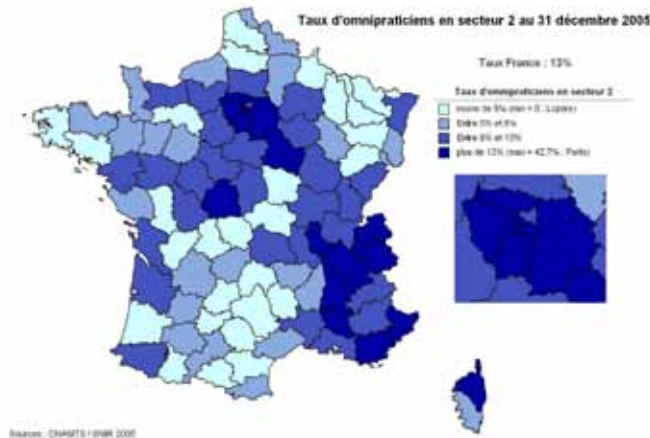
... mais l'assurance de base couvre une part variable des soins



Toutefois, l'assurance publique de base couvre une part variable des soins. Si la plus grande partie des soins hospitaliers est effectivement couverte par l'assurance maladie, les soins ambulatoires sont beaucoup moins bien couverts en moyenne et les biens médicaux ne sont couverts qu'à 60 % des dépenses de soins. En France, l'assurance complémentaire santé couvre une part non négligeable de ces dépenses. Ainsi, certaines dépenses d'optique ne sont couvertes qu'à 4 % par l'assurance maladie publique.

INED

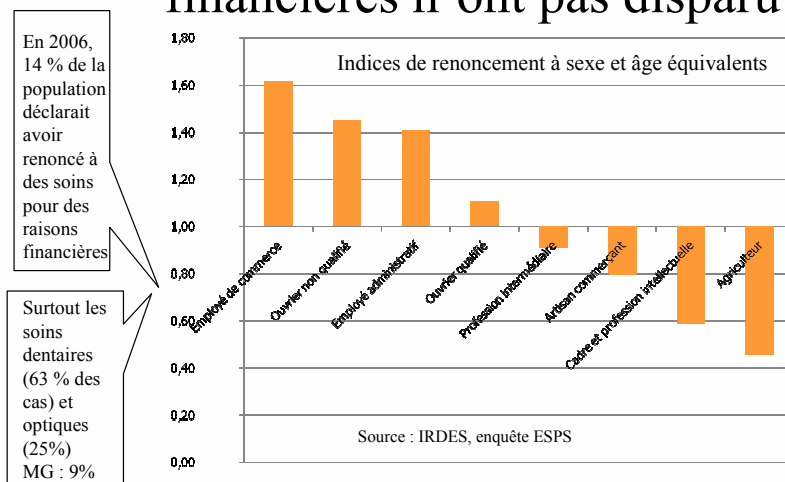
et l'accès ne se fait pas toujours aux tarifs opposables...



En outre, l'assurance publique ne prend en charge que sur la base des tarifs opposables. Or une partie des médecins ont, par convention, le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires. La répartition sur le territoire des praticiens pratiquant les dépassements d'honoraires est très hétérogène. A Paris, par exemple, 43 % des médecins généralistes sont dans ce cas. Il peut par conséquent y avoir des zones du territoire où il est plus difficile que dans d'autres d'accéder à des tarifs opposables sur lesquels sont fondés les remboursements de l'assurance publique, mais aussi d'une part non négligeable des assurances complémentaires. Pour celes-ci, les contrats ne prenant pas en charge les dépassements sont les plus nombreux.

En conséquence, ce n'est pas parce que nous avons une couverture santé universelle et une assurance publique de très bon niveau avec un large panier de soins que les barrières financières n'ont pas disparu.

...en conséquence, les barrières financières n'ont pas disparu



Ainsi, tous les deux ans, l'Irdes réalise une enquête en population générale dans laquelle est posée la même question, à savoir « avez-vous renoncé au cours des douze derniers mois à des soins de santé pour des raisons financières ? ». En 2006, 14 % de la population déclarait effectivement avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Le gradient social est extrêmement visible : ce sont les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés qui renoncent le plus aux soins pour lesquels les tarifs opposables sont les plus bas et la prise en charge de l'assurance publique la plus faible, c'est-à-dire les soins dentaires et les soins optiques. Dans 9 % des cas de renoncement, les personnes interrogées déclarent également avoir renoncé à des soins de médecine générale.

L'absence de complémentaire contribue aux renoncements...



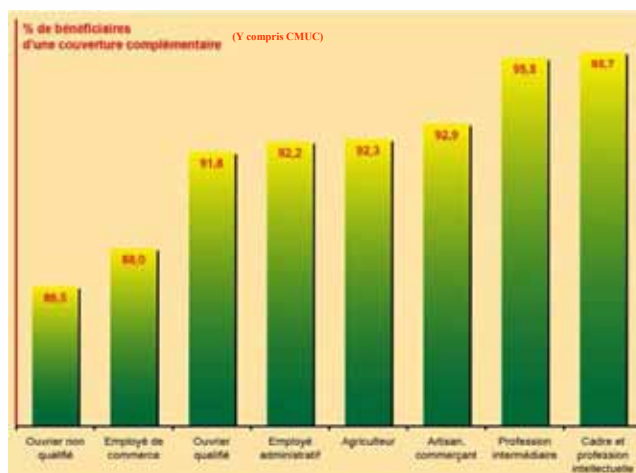
- Toutes choses égales par ailleurs, **les renoncements aux soins pour raisons financières sont deux fois plus fréquemment déclarés** chez les personnes sans complémentaire santé
- Il est difficile d'évaluer les **conséquences pour la santé** de ces renoncements

L'absence d'assurance complémentaire contribue très nettement au renoncement. Toutes choses égales par ailleurs, les renoncements aux soins pour des raisons financières sont deux fois plus fréquemment déclarés chez les personnes sans complémentaires santé. Il est évidemment difficile d'évaluer les conséquences pour la santé de ces renoncements. Il apparaît néanmoins que les états de santé sont également très diversifiés selon les catégories, et détériorés parmi les catégories les moins favorisées. Il est par conséquent difficile de soutenir l'absence de liens entre ces deux constats.

... et le bénéfice d'une complémentaire santé est socialement marqué

Le plus faible taux de couverture = les chômeurs (82%)

Source : Enquête ESPS 2006



Le bénéfice des complémentaires santé est lui aussi très socialement marqué. La couverture complémentaire santé est très répandue en France. Toutefois, le plus faible taux de couverture concerne les chômeurs qui ne déclarent qu'à 82 % bénéficier d'une assurance contre 93 % pour la moyenne de la population. Le gradient social est important.

Contrats individuels : des taux d'effort parfois élevés, malgré les aides publiques



Source : IRDES, enquête ESPS 2006

* Calcul à partir des cotisations et revenus déclarés par les ménages, contrats individuels seulement

Si l'on s'intéresse aux garanties couvertes, il apparaît que les contrats de complémentaires santé proposent des garanties qui s'améliorent au fur et à mesure que le niveau social augmente et qui sont évidemment fonction des tarifs proposés. Il y a par conséquent, à travers tous ces résultats, une question sur la capacité financière à recourir à une complémentaire santé.

Il existe également des barrières non financières, au sein du système de santé, à l'accès primaire aux soins. Certaines barrières sont liées à l'inégale densité géographique de l'offre ou du réseau de transport, notamment s'agissant des soins spécialisés. Un certain nombre d'études, en termes de comparaison internationale des systèmes de santé, montrent qu'il existe également des barrières systémiques : les systèmes nationaux de santé pour lesquels il existe une organisation de l'accès aux soins de second recours sont des systèmes où les inégalités sociales de santé liées aux systèmes de soins sont les moins importantes. Au-delà de la densité géographique, les choix d'organisation des systèmes de santé peuvent donc être plus ou moins favorables à la réduction des inégalités sociales.

Les barrières à l'accès aux soins sont également individuelles. Elles ont été largement évoquées dans une précédente présentation. Le niveau d'éducation, le rapport au corps et à la maladie, la préférence pour le présent, les expériences passées avec le système de soins construisent une relation et une envie différenciées entre les catégories de recourir aux soins en cas de difficultés. Il existe aussi des barrières de la part de certains professionnels à l'encontre de certaines catégories de patients. Les travaux réalisés sur les refus de rendez-vous aux personnes bénéficiaires de la CMU ont montré qu'une proportion non négligeable de praticiens refusait de prendre en charge cette catégorie de patients, laquelle subissait un décalage des soins, plus ou moins important dans le temps, lié à la recherche d'un professionnel ou d'un établissement de santé acceptant de les accueillir.

Une fois l'accès primaire aux soins acquis, des inégalités subsistent encore dans l'accès à des soins spécialisés et les filières de soins empruntées. Ainsi, les personnes avec les diplômes les plus bas privilégient deux fois plus souvent des structures de proximité pour l'accès aux plateaux techniques (IRM, endoscopie digestive haute, cholécystectomie)¹. Etre éloigné des centres spécialisés de référence dans la prise en charge oncologique, mais aussi résider dans une zone caractérisée par une plus grande précarité économique et sociale réduisent la probabilité des patients d'accéder à des soins spécialisés dans des centres de référence². Ces données datant de 2006, nous pouvons espérer que les mesures inscrites dans les différents Plan Cancer et une plus grande lisibilité permettront de combler en partie ces différences.

Enfin, les résultats des soins prodigués peuvent varier selon le niveau social. Les progrès thérapeutiques se diffusent plus rapidement dans les groupes sociaux favorisés. Les professionnels peuvent aussi prendre des décisions différentes selon leur proximité socioculturelle avec le patient. Ils peuvent notamment proposer des dépenses supplémentaires aux patients pouvant les payer. La qualité du diagnostic dépend de proximité socioculturelle entre le patient et le médecin. Elle dépend également de la prévalence du problème de santé dans le groupe social auquel appartient le patient (réel ou stéréotypé). La décision médicale est souvent prise en prenant en compte d'autres éléments que le diagnostic : préférences du patient, conséquences sociales, anticipations de l'observance, etc. Or les recommandations de pratique médicale prennent rarement en compte les facteurs psychosociaux ou économiques. A mon sens, le système de soins pourrait beaucoup progresser en reconnaissant ces questions et en acceptant de les prendre en charge de façon explicite.

1 Le Fur et al., 2000

2 Blais et al., 2006 ; Chinaud et al., 2005 ; Dejardin et al., 2006

Je conclurai en abordant la question du gradient social des soins de prévention. Là encore, les actes de prévention médicalisée profitent souvent davantage aux catégories sociales les plus aisées, même en l'absence de barrière financière.

Il y a quelques années, par exemple, un bilan bucco-dentaire a été proposé gratuitement aux adolescents. L'évaluation de ce bilan opérée par l'Irdes en 2002 a permis de montrer que ce dernier avait eu un effet positif sur le recours aux soins dentaires préventifs des adolescents appartenant aux familles modestes mais pas sur celui des familles les plus en difficulté. Les adolescents rencontrant des problèmes scolaires et qui n'ont jamais reçu de conseils bucco-dentaires en bénéficient très peu. Le problème persistait donc, alors que cette action a été imaginée pour rompre la barrière financière des soins dentaires.

Autre exemple : le dépistage des cancers du col ou du sein est significativement plus fréquent pour les femmes les plus diplômées, même à couverture complémentaire santé comparable. De la même façon, il existe un gradient social pour le dépistage du cancer du colon chez les hommes. Les études les plus récentes montrent néanmoins qu'un dépistage bien organisé peut s'accompagner d'une réduction des inégalités de recours quand bien même nous ne sommes pas parvenus à les annuler complètement.

Le système de soins a donc aussi un rôle à jouer dans la réduction des inégalités sociales de santé :

- à travers la réduction des barrières financières ;
- à travers une information et une orientation adaptées des patients dans les filières de soins ;
- à travers le développement de protocoles de soins adaptés ;
- à travers une prise en compte explicite de la réduction des inégalités dans l'ensemble des politiques de santé.



DISCUSSION

De la salle

Ces constats sont connus. Ils ont notamment été formulés au moment de la mise en place de la couverture maladie universelle. Comment expliquez-vous que la France ne soit pas parvenue à mettre en place une couverture maladie universelle qui ne conduise pas certains patients à renoncer aux soins ? Je ne parlerai même pas de l'aide médicale d'Etat (AME). L'enquête européenne sur l'accès aux soins des sans-papiers a permis de mettre en évidence le fait que le taux de renoncement aux soins était supérieur à 40 % pour les adultes et à 30 % pour les enfants.

CHANTAL CASES

Je ne suis pas certaine d'être en mesure d'apporter une réponse à votre questionnement. Je constate en effet que la couverture maladie universelle ne comble pas toutes les inégalités. Je note cependant que ces différents dispositifs (CMU, AME, ACS) constituent un progrès important. Les limites de tout cela sont à la fois budgétaires et le fruit de choix collectifs. En d'autres termes, face à des impératifs financiers, il y a des choix à opérer entre les différentes actions des politiques de santé et également entre les politiques de santé et d'autres types de politiques. Ces décisions dépassent largement mon propos aujourd'hui.

De la salle

Ma question est d'ordre technique. Alors qu'il est question d'inégalités de santé, les variables mobilisées sont toujours celles du revenu et des catégories socioprofessionnelles que nous savons difficiles à manipuler. Pourquoi l'indicateur utilisé n'est-il pas plus souvent celui du « reste à vivre » ?

ANNETTE LECLERC

Je vous réponds en tant que chercheur. D'une part nous travaillons à partir des données dont nous disposons et, d'autre part, nous faisons en sorte qu'elles soient aussi comparables que possible avec les données utilisées dans d'autres pays.

EMMANUELLE CADOT

J'ajoute que le « reste à vivre » est un déterminant purement économique. Or le support social ou les relations sociales ne sont par exemple pas obligatoirement déterminés par des données monétaires.

De la salle

Ma question s'adresse en priorité aux sociologues. Il y a quelques années, la surmédicalisation de certains problèmes sociaux de santé était souvent évoquée. Pourquoi cette notion n'apparaît-elle plus dans l'analyse des inégalités sociales de santé ?

ALFRED SPIRA

A ce titre, je vous invite à lire l'ouvrage de Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti, *Le principe de prévention*.

CHRISTIAN SAOUT

Je réponds en tant que président d'un collectif d'associations œuvrant dans le domaine de la santé. Je partage en effet les réflexions formulées précédemment. C'est parce que nous ne sommes pas écoutés que la situation n'évolue pas. Je ne peux pas me satisfaire de la réponse qu'a poliment essayé d'esquisser Chantal Cases. Les inégalités sociales de santé sont d'abord une question politique. Tout l'intérêt de ce colloque réside dans le contenu du discours que fera Madame Bachelot ce soir. Nous attendons en effet tous un changement d'échelle dans le combat contre les inégalités sociales de santé. Pour rebondir sur la question de la surmédicalisation, je voudrais vous dire combien nous associatifs avons ressenti extrêmement durement le comportement des professionnels de santé à l'occasion du vote de la loi Hôpital, Santé, Patients et Territoires. Ce texte comportait en effet des dispositions relatives à la lutte contre les refus des soins et à la lutte contre les dépassements d'honoraires. Il a été démantibulé par les professionnels de santé qui ont plaidé auprès du lobby parlementaire médical à l'Assemblée Nationale et au Sénat afin d'obtenir la suppression de ces dispositions et leur remplacement par des avatars innommables qui ne serviront jamais à rien. Nous allons au devant d'une rupture sociale extrêmement importante entre ceux qui soignent et ceux qui entendent bénéficier des soins. La promotion de la santé devient un objet essentiellement universitaire et non plus un objet de parti pris. Il nous manque le goût de la politique et du risque. Je dis cela non sans émotion car, à quelques centaines de mètres de cet amphithéâtre, se tient la cérémonie funèbre célébrée en hommage à Philippe Seguin, lequel a tant voulu combattre les inégalités sociales de santé. Ce combat devrait inspirer la prochaine loi de santé publique pour laquelle, je vous le rappelle, nous n'avons toujours pas vu la trace du moindre embryon de travaux préparatoires.

ALFRED SPIRA

Ce colloque est organisé par la Direction Générale de la Santé, l'Institut de Recherche en Santé Publique et le Haut Conseil de la Santé Publique. Cet organisme a publié un rapport important qui vous a été remis ce matin et sera présenté cet après-midi par Thierry Lang. Il fournit l'ensemble des bases nécessaires à la révision de la loi de santé publique de 2004. Je suis très sensible aux symboles. Il me semble par conséquent que l'organisation de ce colloque, au début de l'année 2010 et dans ce Ministère, et sa conclusion par deux Ministres de la République constituent des signaux extrêmement forts. Un message a été délivré. Nous pouvons espérer qu'il a été entendu et sera bientôt traduit dans l'action. Un certain nombre de parlementaires ont été invités à participer à cette journée. J'ai reçu hier l'appel de l'un d'entre eux qui m'a expliqué que la situation météorologique dans sa ville justifiait qu'il demeure auprès de ses administrés.

De la salle

Il faut, pour réduire les inégalités sociales de santé, vous appuyer sur les collectivités territoriales qui sont demandeuses. Actuellement, nous ne sommes pas représentés au sein des ARS alors que nous menons des actions sur le plan économique afin de réduire les inégalités en matière de transport et d'environnement. Nous pouvons émettre des règlements d'intervention « coudés main » par rapport aux difficultés que nous rencontrons dans nos territoires. Pensez que nous sommes un pays décentralisé et que nous pouvons participer efficacement à la réduction des inégalités sociales.

ALFRED SPIRA

Tout à fait. Nous vous avons remis ce matin l'ouvrage rédigé par l'Inpes à destination des agences régionales de santé. Je connais bien les problèmes de représentation des instances représentatives élues au niveau régional au sein des ARS. Le point que vous abordez est évidemment fondamental. Sont d'ailleurs présents aujourd'hui un certain nombre de représentants d'instances territoriales ou de conseils économiques et sociaux territoriaux.

ANNETTE LECLERC

En tant que chercheurs, nous déplorons l'absence de publications sur les actions menées localement. Elles nous seraient très utiles pour l'avenir.

De la salle

Les diverses présentations de ce matin insistaient sur le niveau d'intervention nationale. J'ai pour ma part le sentiment qu'il existe également des niveaux d'intervention régional et local. Or l'attente de l'ensemble des acteurs régionaux est que les acteurs locaux aient les moyens de pouvoir organiser au niveau local les débats et les actions nécessaires à un travail au plus proche de la population. Il s'agit également de donner les moyens aux agences régionales de santé de résoudre des problèmes d'inégalités qui s'expriment localement. Je rejoins Christian Saout sur ce point. Il s'agit d'un réel choix politique. J'aimerais que ce colloque nous donne les clés permettant que le niveau local puisse s'exprimer.

De la salle

Je suis jeune généraliste. Je termine une thèse consacrée au sevrage tabagique au moment de la grossesse et aux inégalités sociales de santé. J'ai découvert qu'au Royaume-Uni un gros effort avait été fait pour réduire les inégalités sociales de santé dans ce domaine. Le NHS Stop Smoking Service a obtenu des résultats de réduction du gradient social entre plus riches et plus pauvres en matière de sevrage tabagique. Je voudrais par conséquent savoir si vous considérez qu'il y a un exemple anglais à suivre dans ce domaine ?

SIR MICHAEL MARMOT

As regards the medicalisation of prevention, I talked about six items, and in our report we considered dropping prevention because we felt that it runs through the other five. For example, with smoking in pregnancy, the time to start intervening is early child development and education because women are then less likely to smoke in pregnancy. Where doctors treat prevention as if it were similar to actual treatment, it has less effect than taking a more environmental approach. We know that the ban on smoking in public places has led to a reduction in smoking in the bottom income groups as well as the top groups, whereas health education aimed at smoking in pre-

gnancy is not very effective at reducing the social gradient. Therefore, if the focus is on smoking in public places, price and early child development and education, you will be much more likely to make a difference.

En ce qui concerne la médicalisation de la prévention, j'ai parlé de 6 objectifs, et dans notre rapport nous avons envisagé de ne pas individualiser la prévention parce que nous pensions que cet objectif est transversal par rapport aux 5 autres. Par exemple, pour le tabagisme pendant la grossesse, le moment approprié pour intervenir est au cours du développement précoce de l'enfant et de l'éducation parce qu'il devient alors moins probable que les femmes fument lorsqu'elles sont enceintes. Lorsque les médecins pratiquent la prévention comme s'il s'agissait d'une activité semblable au soin, l'efficacité est moindre que lorsque l'on adopte une approche plus environnementale. Nous savons que l'interdiction de fumer dans les lieux publics a entraîné une réduction du tabagisme dans les groupes aux revenus les plus faibles aussi bien que dans les groupes aux revenus élevés, alors que l'éducation pour la santé visant le tabagisme pendant la grossesse n'est pas très efficace pour réduire le gradient social. En conséquence, si vous mettez l'accent sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les prix, le développement précoce des enfants et l'éducation, vous aurez beaucoup plus de chances de faire une différence.

De la salle

Compte tenu de tout ce qui a été fait depuis un certain nombre d'années, je me demande si les stratégies sur lesquelles nous nous appuyons reposent sur un nombre de variables suffisant. Nous sommes toujours dans l'épidémiologie descriptive. Sir Michael Marmot a laissé entendre qu'écouter ce que les gens disent et pensent et prendre en compte leur logique, leur culture et, éventuellement, leurs incertitudes pour en faire un travail d'épidémiologie s'inscrit dans un autre espace. C'est ce que nous avons, il y a quelques années, proposé d'appeler l'épidémiologie du ressenti. Cette notion a rencontré un succès relativement faible auprès de nos collègues en santé publique. Pour autant, elle nous permet de lire complètement autrement l'avancée de l'insatisfaction globale par rapport à nos politiques de santé malgré le fait que tous les indicateurs, y compris s'agissant des populations les plus défavorisées, sont à l'amélioration. Devons-nous par conséquent nous servir d'une épidémiologie descriptive ou bien d'une épidémiologie d'une autre nature prenant en compte la dimension santé mentale.

Chez les gens âgés, la première demande est l'utilité sociale. Savoir si les gens ont envie de rester vivant est une question que nous ne nous posons pas beaucoup. Christian Baudelot a évoqué la différence entre les hommes et les femmes. L'épidémiologie du ressenti nous permettra de constater que la place des hommes et des femmes aussi bien dans le groupe familial que dans le groupe social n'est pas la même. Il y a là une piste très intéressante. Quelle est l'utilité sociale des jeunes des quartiers ? Quel poids donné au fait qu'ils ne serviront pas à grand-chose sauf à être éventuellement des acteurs obéissants comme consommateurs des dispositifs de protection sociale. Il me semble que la réduction des inégalités passe par l'examen de la place dans la société et notamment de la répartition des savoirs, des richesses et de l'accès aux services.

Enfin, il convient également d'interroger la notion de croyances religieuses. Quelques enquêtes montrent en effet qu'en termes de disciplines de soi-même ou de disciplines collectives imposées par les règles religieuses et appliquées à la vie somatique ou à la vie psychique il y a plutôt une amélioration de l'espérance de vie chez les groupes croyants, protestants ou catholiques. Or l'importance donnée à la survie somatique et à ce titre les stratégies individuelles et collectives de

prévention sont des questions très peu travaillées. Nous avons beaucoup avancé dans le champ santé mentale, dans le champ somatique ou dans le champ protection sociale. Il reste cependant, de toute évidence, des zones très difficiles à aborder du point de vue la république laïque que nous sommes. Je pense notamment à la question des statistiques abusivement appelées statistiques ethniques. Il me semble que nous avons à gagner à nous intéresser davantage aux déterminants à rester vivants, croisés ou non selon les classes sociales et selon les sexes.

CHANTAL CASES

Sur le dernier point, certains chercheurs disposent effectivement des outils d'enquête, constitués récemment, qui comportent notamment des données sur la pratique religieuse et la nature de la religion. Les questions de participation sociale, auxquelles sont associées ces informations, sont effectivement des thématiques de recherche importantes. Nous disposons désormais de données pour progresser dans ce domaine.



Session 2

Propositions d'action

Modérateur : Martial Mettendorff, Chef de service, Secrétaire général de la Direction générale de la santé

- Le rapport européen *Determine*, *Owen Metcalfe, Institute of Public Health in Ireland*
 - Les inégalités sociales de santé : un *vade-mecum* pour les agences régionales de santé (ARS), *Nicolas Prisse, Direction générale de la santé*
 - Le rapport du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique, *Thierry Lang, Haut Conseil de la santé publique*
-

Les facteurs qui influencent la santé et les conditions qui favorisent la santé sont nombreux et variés. Ils incluent la justice et l'équité dans la société, l'accès à l'éducation, l'accès, à un prix abordable à une nourriture de bonne qualité, au logement, à des possibilités de loisirs, à des réseaux sociaux, des moyens de transports adéquats, l'accès à des espaces verts, la pauvreté, l'emploi, l'argent et le revenu. Les travaux qui vous ont déjà été présentés aujourd'hui témoignent de la reconnaissance croissante, et de l'importance, des déterminants sociaux et économiques de la santé. Nous savons que les inégalités de santé sont évitables, inévitables et injustes et qu'elles ont un effet néfaste sur les individus et sur la société. Le défi auquel nous sommes confrontés est de trouver comment agir de façon efficace et durable sur les déterminants sociaux des inégalités de santé.

Le rapport européen Détermine

Owen Metcalfe, Institute of Public Health Ireland



Owen Metcalfe est directeur adjoint et membre senior de l'équipe de direction de l'Institut en Santé Publique d'Irlande. Au sein de l'Institut, il anime les programmes de promotion de la santé, ceux qui visent les personnes âgées et les jeunes, ainsi que ceux qui s'adressent aux problèmes liés au genre ; il dirige le secteur transversal de l'évaluation de l'impact sur la santé et la stratégie de communication. Il est également le secrétaire général de l'institut et a un rôle prééminent dans les questions qui touchent à la gouvernance et aux ressources humaines et financières.

Avant de rejoindre l'Institut, il a travaillé comme Conseiller en chef en promotion de la santé au Department of Health and Children à Dublin. Il a également travaillé comme enseignant, comme formateur et comme consultant individuel (« counsellor »).

Titulaire d'un Master en promotion de la santé, il est également diplômé d'une école de commerce, et titulaire d'un diplôme d'enseignement supérieur en éducation et d'une qualification de troisième cycle en « counselling ». Il est impliqué depuis vingt ans dans des activités d'éducation pour la santé et de promotion de la santé et est très familier des questions de politique, de planification et de mise en oeuvre de santé publique et de promotion de la santé au niveau régional, national et international.

Dans le cadre de ses fonctions actuelles, il est engagé dans le développement de ses capacités personnelles et de celles de son institution pour améliorer l'efficacité concrète de la santé publique.

Je vous remercie pour cette invitation. Ne parlant pas suffisamment bien le français, je poursuivrai ma présentation en anglais.

Influences on health and conditions for health are many and varied. They include justice and fairness in society, education opportunities, affordable and accessible quality food, housing, recreational opportunities, social connectedness, adequate transport, access to green space, poverty, employment, money and income. The work that you have heard about already today testifies to the growing awareness, and importance of, social and economic determinants of health. We know health inequalities are avoidable, unfair and unjust and have a detrimental effect on individuals and on society. The challenge that we face is how to get effective and sustained action on social determinants of health inequalities.

Le projet Determine a été mis en place pour identifier les pratiques dans ce domaine ; l'Institut de Santé Publique en Irlande, où je travaille, inclut les actions visant les inégalités comme un élément clé de tous ses programmes de travail.

Determine représente une approche large des déterminants de la santé. C'est un consortium de plus de 50 institutions de santé dans 26 pays, soutenu par l'Union Européenne (UE) et coordonnée par EuroHealthNet. Le but est d'améliorer la prise de conscience et les capacités pour les décideurs dans tous les secteurs de prendre en compte la santé et l'équité en santé lorsqu'une politique est développée. Le projet s'est déroulé pendant trois ans, et doit se conclure dans les prochains mois. Il a nécessité un engagement considérable dans sept groupes de travail distincts, mais complémentaires.

Il est important de préciser que Determine ne constitue pas une analyse systématique de toutes les activités dans tous les Etats membres. Ceci n'aurait pas été possible compte tenu des contraintes de temps et de ressources. Ce que fait Determine est d'identifier des exemples de bonnes pratiques et de souligner des questions importantes qui doivent être soulevées.

L'Institut de Santé Publique en Irlande est en activité depuis 10 ans. La réponse aux inégalités de santé a représenté un axe directeur majeur de son travail. Il a été inauguré par le Ministre de la santé de l'époque, qui est maintenant le Taoiseach¹, et Sir Michael Marmot avait prononcé l'intervention principale. Le travail de l'Institut fait étroitement écho à celui de Determine et nous sommes très heureux d'avoir dirigé l'un des groupes de travail. Un travail fondateur réalisé au début de la vie de l'Institut nous a montré à quel point les inégalités étaient choquantes. Pour toute l'île d'Irlande, la mortalité toutes causes dans les catégories professionnelles les plus basses était de 100 à 200% plus forte que dans les catégories professionnelles les plus élevées. Nos collègues qui travaillent dans ce domaine ont identifié des inégalités analogues au sein de nombreux pays Européens, et entre pays. De tels constats dans toute l'Europe, et en fait reproduits dans le monde entier, soulignent le besoin d'agir à tous les niveaux ; individu, nation, continent, et global.

Determine est constitué de groupes de travail distincts mais complémentaires et je vais maintenant parler de certains de ces groupes. Pour l'essentiel, les objectifs de Determine étaient les suivants :

- Identifier des politiques et des pratiques efficaces au niveau national pour promouvoir l'équité en santé ;*
- Réaliser une analyse coût efficacité ;*
- Concevoir et mettre en œuvre des activités visant à améliorer la prise de conscience et à développer les capacités d'action ;*
- Rechercher des approches innovantes visant à améliorer la santé des groupes défavorisés.*

Je vais maintenant parler de certains aspects des travaux menés dans ces groupes :

1 NdT : chef du gouvernement de la République d'Irlande

Determine is a project that was established to identify practice in this area and the Institute of Public Health in Ireland where I work places tackling inequalities as a key component of all its work programmes.

Determine represents a broad view of how health is Determined. It is a European Union (EU) supported consortium coordinated by EuroHealthNet of more than 50 health bodies from 26 countries. The aim is to achieve a greater awareness and capacity amongst decision-makers in all policy sectors to consider health and health equity when developing policy. The project has been going for three years, and will finish within the next few months. It has involved an enormous commitment in seven discrete, but complementary work packages.

It is important to state that Determine is not a systematic review of all activity in all member states. This would not have been possible given resource and time restrictions. What Determine does is identify examples of good practice and highlight important issues that need to be addressed.

The Institute of Public Health in Ireland has been operating for 10 years. Addressing health inequalities has been a major focus of its work. It was opened by the then Minister of Health, who is now Taoiseach, and Sir Michael Marmot was our keynote speaker. The work of the Institute resonates strongly with the work of Determine and we are very pleased to have been a leader in one of the work packages. A seminal piece of work concluded early in the Institute's life showed us how shocking the inequalities were. For the entire island of Ireland, all-cause mortality in the lowest occupational classes was 100-200% higher than in the highest occupational classes. Colleagues working in this field have identified similar inequalities within and between many European countries. Findings like this from across Europe and indeed replicated throughout the world highlight the need for action at individual, country, continent and global levels.

Determine consists of discrete but complementary work packages and I will now refer to some of these packages. Essentially Determine objectives were to:

- Identify effective national level policies and practices that promote health equity;
- Undertake a cost-effectiveness review;
- Design and implement awareness raising and capacity building activities;
- Seek innovative approaches to improving the health of disadvantaged groups.

I will now refer to aspects of these work packages.

Identifier des politiques et des pratiques efficaces au niveau national pour promouvoir l'équité en santé

Dans l'un des groupes de travail, nous avons essayé d'identifier et d'explorer les approches utilisées par des Etats membres pour s'attaquer aux déterminants sociaux des inégalités de santé. L'une des difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce travail tient au fait que le terme « déterminants sociaux des inégalités de santé » est interprété de façon différente selon les Etats membres. Néanmoins, notre travail initial a examiné : si les pays avaient des politiques qui s'attaquaient aux inégalités ; des structures qui facilitaient les actions intersectorielles ; des financements spécifiques alloués dans ce domaine ; ou des outils et des méthodologies pour soutenir le travail dans ce domaine.

Nous avons appris qu'il était plus facile de s'attaquer aux inégalités de santé lorsque les déterminants sociaux des inégalités de santé faisaient partie d'une politique Gouvernementale explicite, comme par exemple : avoir une stratégie interministérielle ; lorsque les documents de politique faisaient référence aux déterminants sociaux; lorsque des mécanismes et des outils existaient pour faciliter le travail interministériel ; lorsque des données étaient disponibles ; et lorsqu'il y avait un leadership. Lorsque ceci est référencé dans des politiques écrites, cela ne suffit pas à tout résoudre, mais cela aide certainement à légitimer les actions et à donner aux personnes qui travaillent sur le terrain le sentiment d'être soutenues dans leurs efforts. Notre travail n'a pas trouvé beaucoup de traces de mécanismes de soutien financier structuré, et nous n'avons pas non plus observé d'utilisation systématique d'outils ou de méthodologies, quoique nous ayons effectivement trouvé que les évaluations d'impact sur la santé (HIA) étaient mises en avant dans un certain nombre de pays comme un outil permettant de soutenir l'identification par d'autres secteurs des impacts sur la santé des politiques, des programmes ou des projets.

Réaliser une analyse coût efficacité

Les travaux d'un autre groupe portaient sur l'argumentation soutenant, d'un point de vue économique, une approche de la santé dans toutes les politiques. On nous demande souvent de prouver qu'il est efficient, du point de vue économique, d'investir dans des actions visant les déterminants sociaux des inégalités de santé dans d'autres secteurs, et que cela permet d'obtenir un retour sur cet investissement. La possibilité de démontrer que c'est le cas fournirait un argument capital en faveur de cet investissement. Les gens sont actuellement très sensibles à l'efficacité économique. Nous avons interrogé nos partenaires sur les activités conduites dans ce domaine mais nous avons trouvé que ce type d'analyse est vraiment encore à un stade de balbutiement. Notre espoir était de pouvoir identifier une politique dont les coûts auraient été calculés, par exemple une politique favorisant les déplacements à bicyclette, d'identifier les bénéfices de cette politique pour la santé et d'identifier les bénéfices économiques en termes monétaires quantifiables. Si ceci pouvait être fait et que cela était fait de façon non agrégée pour montrer les coûts et les bénéfices pour différents groupes socio-économiques, cela permettrait de quantifier le retour économique sur investissement. Si ce retour était positif, cela permettrait de conclure à l'utilité de faire d'autres investissements dans ce domaine.

Toutefois, notre travail a montré que ce type d'étude n'est pas souvent mis en œuvre et nous n'avons identifié que quelques exemples d'évaluations économiques dans des politiques en dehors du domaine de la santé, limitées principalement à des initiatives particulières comme des interventions contre l'obésité et le tabagisme.

Identify effective national level policies and practices that promote health equity

In one work package we tried to identify and explore approaches that member states have used to address the social determinants of health inequalities. One difficulty we experienced when undertaking this work is that the term 'social determinants of health inequalities' is interpreted differently across member states. Nevertheless, our initial work looked at whether countries had policies that addressed inequalities; structures that facilitated inter-sectoral action; any specific financial allocation to this area; or tools and methodologies to support work in this area.

We learned that it was easier to tackle health inequalities where the social determinants of health inequalities were part of a stated Government policy, such as: having a cross-departmental strategy; where there was a reference to social determinants in policy documents; where mechanisms and tools existed to facilitate cross-departmental working; where evidence was available; and where there was leadership. Where this is referenced in policy documents, it is not the be all and end all, but it certainly helps to legitimise action and give the people working on the ground a feeling that they are supported in efforts that they are making. In our work we found little evidence of structured financial support mechanisms, nor did we find systematic use of tools or methodologies although we did find that Health Impact Assessment (HIA) was to the fore in a number of countries as a tool to support other sectors identifying the health impacts of policies, programmes or projects.

Undertake a cost-effectiveness review

Another work package dealt with the rationale for a health in all policies approach from an economic perspective. People often ask us to prove that the investment in tackling the social determinants of health inequalities in other sectors is economically efficient and provides a return on the investment. To be able to demonstrate that this is the case would be a massive argument in its favour. People are very conscious of economic efficiency at present. We asked partners about activity in this area however and we found this type of analysis is really in its infancy. The hope was that we could identify a policy that had been costed eg a cycling policy, identify the health benefits of that policy and identify the economic benefit in quantifiable monetary terms. If this was done and it was done in a disaggregated manner to show costs and benefits to different socio-economic groups you would be able to quantify the economic return on the investment. If this was positive then it would make the case for further investment in this area.

However, our work has shown that this type of study is not frequently undertaken and we only identified a few examples of economic evaluations in non-health policy areas, restricted mainly to particular initiatives such as interventions on obesity and smoking.

Néanmoins, nous avons découvert certains travaux de recherche qui montrent qu'investir dans des domaines en relation avec les conditions socio-économiques qui affectent la santé peut produire des retours sur investissement significatifs. Par exemple, il a été montré qu'un investissement significatif dans l'éducation des jeunes enfants peut produire un retour de 7 Euros pour chaque Euro investi. Des évaluations coûts efficacité d'interventions de santé publique comme l'interdiction du tabac sur le lieu de travail ont également été réalisées. Dans de nombreuses études, les coûts associés à la prise en charge des maladies sont calculés, mais cela ne donne pas une image complète du retentissement de la maladie. Par exemple, une étude en Grande Bretagne a estimé le coût de la pathologie coronarienne à 2,5 milliards d'Euros, mais si d'autres éléments comme la perte de productivité et la perte de revenus étaient pris en compte, l'estimation du coût se montait à 10,2 milliards d'Euros. Quand on conduit une évaluation économique, il est donc important de considérer de façon large l'ensemble des facteurs. Toutefois, il semble que les évaluations économiques sont peu souvent réalisées, et alors qu'il existe un consensus général sur le fait que les arguments économiques sont utiles, ils ne devraient pas être le seul argument. Il y a aussi des arguments d'ordre moral, d'équité et de justice qui soutiennent l'idée de s'attaquer aux inégalités de santé. Au total, notre travail a montré qu'il y a très peu d'économistes qui travaillent sur des analyses économiques des déterminants sociaux de la santé, et que les données et les techniques sont limitées. Il y a peu d'experts dans ce domaine.

Concevoir et mettre en œuvre des activités visant à améliorer la prise de conscience et à développer les capacités d'action :

Les travaux d'un autre groupe ont cherché à mieux comprendre ce que les gens considéraient comme efficace ou problématique dans ce domaine. Le travail a reposé sur des entretiens avec des responsables politiques et avec des responsables de l'élaboration des politiques. Nous nous sommes appuyés sur nos partenaires dans les pays pour faire émerger ce qu'ils pouvaient concernant l'état de l'art dans la manière de s'attaquer aux inégalités de santé. L'impression dominante a été que la profession de santé publique est le parent pauvre des services de santé et que les autres secteurs ne prennent pas vraiment en compte les questions en rapport avec les inégalités de santé lorsqu'ils développent des politiques. En conséquence, il est nécessaire d'établir une coopération, et cela aide lorsqu'il y a des mesures législatives qui soutiennent cette coopération. De plus, qui vous connaissez est aussi important que ce que vous connaissez, et les relations interpersonnelles peuvent jouer un rôle significatif pour répondre au défi d'établir un contact avec d'autres personnes. Le domaine spécifique de l'enfance et des premières années a été identifié comme un domaine prioritaire auquel s'intéresser pour s'attaquer de façon efficace aux inégalités de santé.

Rechercher des approches innovantes visant à améliorer la santé des groupes défavorisés :

Un autre groupe de travail a cherché à identifier des approches innovantes pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé sous la forme de trois projets pilotes. Les projets pilotes choisis étaient les suivants : un projet de logement et d'emploi en Hongrie ; un projet qui s'adressait aux sans abri et aux personnes déplacées en Slovénie ; et un projet de promotion de la santé avec un partenariat public – privé s'adressant à la santé d'hommes obèses sans activité avec peu ou pas d'éducation.

Nevertheless, we discovered some research showing that investing in areas that relate to socio-economic conditions for health can bring significant returns. For example, it has been shown that a significant investment in early childhood education can produce a return of 7 euros for every euro invested. Cost effectiveness studies in public health interventions such as smoking bans in the workplace have also been conducted. In many studies cost of illness is calculated but this does not give the full picture of the burden of disease. For example, in one study in the UK, the cost of coronary heart disease was estimated at 2.5 billion euros but if other items such as loss of productivity and loss of earnings were factored in the cost was estimated to be 10.2 billion euros. With economic analysis, therefore, it is important to look at the broad range of influences. However, it appears that there are low levels of economic evaluations being conducted and while there is a general consensus that economic arguments are useful, they should not be the only argument. There are also moral, fairness and justice arguments to support tackling health inequalities. However overall our work revealed there are very few economists working on economic analyses of the social determinants of health and data and techniques are limited. Few have expertise in this area.

Design and implement awareness raising and capacity building activities

Another work package sought to understand better what people believed to be effective or problematic in this area. This work package consisted of interviews with politicians and policymakers. We relied on our partners in the countries to unearth what they could about the state of the art in addressing health inequalities. The overriding impression was that the public health profession is the poor relation of healthcare services and that other sectors do not really take issues related to health inequalities into consideration when developing policies. There therefore needs to be cooperation and it helps when there is legislation in place to support this cooperation. Additionally, as well as what you know, who you know is important and personal rapport can be significant in responding to the challenge of reaching out to other people. A specific area of childhood and early years was identified as a priority area to be addressed for effectively tackling health inequalities.

Seek innovative approaches to improving the health of disadvantaged groups

Another work package sought to identify innovative approaches to addressing social determinants of health in the form of three pilot projects. The pilot projects chosen were a housing and employment project in Hungary; a project tackling homelessness and displaced people in Slovenia; and a health promotion project involving a public private partnership tackling the health of obese, inactive men with little or no education.

Les conclusions de ce groupe de travail ont été les suivantes :

- Il n'existe pas d'approche « universelle » pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé au travers de projets de petite taille.
- Une approche « centrée sur les citoyens » semble plus efficace qu'une approche « dirigée par les experts ».
- L'analyse des besoins et des attentes des publics est une fondation cruciale sur laquelle construire les actions des projets.
- Suivre une approche centrée sur les citoyens signifie que les projets fonctionnent avec le public cible, pas pour le compte de ce public.

Conclusion

Determine a examiné le développement des capacités d'action, en travaillant dans les domaines du développement des politiques, du développement des partenariats, de l'amélioration de la prise de conscience, du développement des organisations et des savoir-faire basé sur l'information, et un certain nombre de produits ont été développés, qui sont disponibles sur le site Internet. Pour ceux qui sont intéressés par une approche multisectorielle s'adressant aux inégalités de santé, nous fournissons des politiques et des actions, une revue rapide des innovations, des voix provenant d'autres domaines d'activité au travers de comptes-rendus de consultations avec des responsables de l'élaboration de politiques en dehors du champ de la santé, les arguments économiques et un résumé des actions. Tout ceci est accessible sur le site à l'adresse www.health-inequalities.eu.

Notre travail dans le cadre du projet Determine nous a amené à conclure qu'il existe une prise de conscience croissante des inégalités de santé, de "l'écart" et du "gradient". Il y a des individus motivés dans chaque pays, avec des gens qui réalisent qu'il s'agit d'un problème auquel il faut s'attaquer. Toutefois, l'engagement au niveau national est variable et le leadership n'est pas toujours présent, ou fort. Nous devons donc identifier des leaders—et il peut s'agir de personnels du Ministère de la santé, de professionnels de santé, d'administrateurs, de chercheurs ou de responsables politiques—leur donner des responsabilités et leur demander de rendre des comptes. De plus, les structures ne sont pas toujours systématiques ou uniformes, les dispositifs qui permettent de rendre des comptes sont faibles et la détermination d'objectifs et de cibles est peu développée. Tenter sérieusement de s'attaquer aux inégalités de santé nécessite de prêter attention à ces questions, à la formulation de stratégies et à la coopération intersectorielle. La crise économique actuelle pourrait mener à une réduction de la priorité accordée aux inégalités de santé ou elle pourrait nous donner une occasion de réexaminer nos valeurs et de bâtir des plans pour une société plus équitable et plus juste. Elle représente donc à la fois une menace et une opportunité.

Conclusions from this work strand were that:

- There is no “one size fits all” approach to tackling the social determinants of health inequalities throughout small projects.
- A “citizen centred” approach appeared to be more effective than an “expert led” approach.
- Researching the needs and desires of audiences was a vital foundation on which to build project actions.
- Following a citizen centred approach means that projects work with and not on behalf of the target audience.

Conclusion

Determine looked at capacity building, working in the areas of policy development, partnership development, awareness raising, information-based organisational development and skill development, and a number of products were developed, which are available on the website. For people interested in a cross-sectoral approach to tackling health inequalities, we provide policies and actions, a rapid review of innovation, voices from other fields through the account of the consultations with non-health policymakers, the economic arguments and a summary of actions. These are all available at the www.health-inequalities.eu website address.

Our work in the Determine project has led us to conclude there is increasing awareness of health inequalities and of “the gap” and “the gradient”. There are committed individuals in every country, with people who recognise that this is an issue that needs to be addressed. However, national commitment is uneven and leadership is not always present or strong. We therefore need to identify leaders, – and they might be from the Department of Health, health professionals, administrators, researchers or politicians – give them responsibility and hold them accountable. Additionally, structural provision is not always systematic or uniform, accountability measures are weak and target setting is poor. Serious attempts to tackle health inequalities require attention to these areas, strategy formulation and cross sectoral cooperation. The current economic crisis could lead to a reduction in the priority attached to health inequalities or it could give us the opportunity to reassess values and plan for a fairer and more just society. It therefore represents both a threat and an opportunity.

Pour un Institut tel que le nôtre, les bénéfices de la participation à un projet comme Determine sont immenses. En tant que petite institution en Irlande, nous nous sentons grandement renforcés par le fait qu'il y en a d'autres qui veulent faire des progrès dans ce domaine. Il y a de grandes opportunités pour apprendre. Le travail du projet Determine et le travail vis-à-vis des inégalités de santé est d'une texture riche, un peu fragile, et requiert de nombreux éléments, mais chaque composante a un rôle à jouer. Le travail requis pour s'attaquer aux déterminants sociaux et économiques des inégalités de santé, comme l'araignée qui construit sa toile, doit être stratégique, reposer sur une stratégie bien pensée et montrer son leadership. Le fait que Determine a entrepris son travail dans le cadre d'un mouvement global, comme en témoigne la Commission OMS sur les déterminants sociaux de la santé, est également réconfortant. Le rapport de la Commission OMS sur les déterminants sociaux de la santé a représenté un soutien incroyable compte tenu de sa date de parution et nous avons été ravis d'avoir travaillé dans un domaine dont l'importance est globale. Nous devons nous assurer que nos produits sont diffusés et prolongés. Dans tous les cas, l'empreinte de Determine et les organisations que ses membres représentent sont engagés dans cette cause et la perspective d'un monde avec des inégalités de santé moins fréquentes et d'importance décroissante est un motivateur puissant.

For an Institute such as ours, the benefits of participation in a project like Determine are immense. As a small organisation in Ireland, we feel greatly reinforced by the fact that there are others who want to make progress in this area. There are great opportunities for learning. The work of the Determine project and the work of tackling health inequalities is rich in texture, a bit fragile and requires many parts, but every piece has a part to play. The work involved in tackling the social and economic determinants of health, like the spider constructing its web, needs to be strategic, have a thought out strategy and show leadership. The fact that Determine undertook its work as part of a global movement as witnessed by the WHO Commission on Social Determinants of Health was also heartening. The report of the Commission on the Social Determinants of Health of the WHO was incredibly supportive in its timing and we have been delighted to have been working in an area of global significance. We must ensure our products are disseminated and built on. However, Determine's footprint and the organisations its people represent are committed to the cause and the prize of a world with less and reducing health inequalities is a powerful motivator.





DISCUSSION

MARTIAL METTENDORFF

Je vous remercie. Cette présentation constitue une introduction intéressante à la question que nous entendons aborder cet après-midi, à savoir la façon dont nous développons nos capacités à prendre en compte les inégalités sociales. Nous allons nous efforcer de poser nos pieds dans les empreintes que vous avez tracées. Je laisse à présent la parole à la salle.

De la salle

La question des sans-papiers a-t-elle été abordée dans ce projet ?

OWEN METCALFE

Not as far as I know, although I am not familiar with absolutely all the interviews.

Non, pour autant que je sache, mais je ne suis pas familier avec la totalité du contenu des entretiens

De la salle

Notre intervenant ce matin semble avoir questionné une stratégie couramment évoquée qui consiste, dans la lutte contre les inégalités, à mettre l'attention sur les plus démunis. Il a montré l'importance de travailler sur l'ensemble de la chaîne de réduction des inégalités. Avez-vous pu observer des actions concrètes qui renversent le paradigme d'actions commun aujourd'hui ?

OWEN METCALFE

Some countries really understand that they need to take action on the gap right across the board and that policies must be considered in population terms. However, other countries are still very wedded to the idea that the problem relates to the lower socioeconomic groups and poverty. There is nothing wrong with policies on social inclusion and poverty and our research showed that this was often a get-out clause for people. However, they were not making efforts in terms of society or population level and thus failing to appreciate how the benefits accrued across the board. It is a big challenge to get people to understand the gradient and that for every rung of the ladder you move up, it makes a difference in terms of health, life expectancy, education and so on.

Certains pays comprennent vraiment qu'ils doivent agir sur les écarts sur l'ensemble de l'échelle et que les politiques doivent être conçues en termes de population. Toutefois, d'autres pays sont toujours très attachés à l'idée que le problème concerne les groupes socio-économiques les plus faibles et la pauvreté. Il n'y a rien de mal à avoir des politiques qui portent sur l'inclusion sociale et la pauvreté et notre recherche a montré que c'était souvent une porte de sortie pour les gens. Toutefois, ils ne faisaient pas porter d'effort au niveau de la population ou de la société, et ne parvenaient donc pas se rendre compte de la façon dont les bénéfices se distribuent sur l'ensemble de l'échelle. Cela représente un grand défi de faire comprendre aux gens le gradient, et de faire comprendre que pour chaque niveau de l'échelle sur lequel vous progressez, cela fait une différence en termes de santé, d'espérance de vie, d'éducation, etc.

Les inégalités sociales de santé : un *vade-mecum* pour les agences régionales de santé (ARS)

Nicolas Prisse, Direction générale de la Santé



Nicolas Prisse, médecin de santé publique, travaille à la direction générale de la santé (DGS) depuis 2003. Entre 2003 et 2006, il a eu en charge le dossier «santé-précarité», ainsi que l'animation du réseau national des coordonnateurs des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Il travaille actuellement au secrétariat général de la DGS sur les questions de planification en santé.

Bernard Basset ne pouvant être parmi nous ce jour, je présenterai les conclusions du groupe de travail qui a, l'an dernier, tenté d'accompagner le chantier législatif qui conduira à la mise en place des Agences Régionales de Santé dans le but de fournir à ces dernières une aide à l'action dans le champ des inégalités sociales de santé.

LE CONTEXTE

Notre groupe de travail a été constitué dans le cadre des travaux d'accompagnement de la loi HPST du 21 juillet 2009. Le titre IV de la loi introduit une refonte majeure du système de santé avec la création des Agences Régionales de Santé qui sont une autorité unique regroupant les forces de l'Assurance Maladie et de l'Etat pour créer un service régional public de santé chargé de piloter et de mettre en œuvre la politique de santé. L'objectif est d'accéder à la meilleure santé au meilleur coût notamment par une amélioration des articulations entre les champs prévention, prise en charge sanitaire, prise en charge médico-sociale et sécuritaire sanitaire d'une part et entre l'hôpital et la ville d'autre part.

Il a fallu anticiper les grands bouleversements que certains d'entre vous vivent dans les régions en mettant en place des chantiers d'accompagnement sur les questions de personnel, d'accompagnement budgétaire et de programmation. Ces actions ont été encadrées par le secrétaire général des ministères sociaux. La DGS s'est vu confier la coordination de trois groupes de travail qui se sont consacrés à l'accompagnement des ARS sur le plan de la prévention et ont abouti à l'élaboration de trois rapports disponibles sur le site de l'Inpes :

- financer, professionnaliser et coordonner la prévention (Nathalie Leuridan) ;
- promotion, prévention et programmes de santé (François Bourdillon) ;
- les inégalités sociales de santé (Bernard Basset).

S'agissant de ce dernier rapport, la commande était simple : il s'agissait de réaliser un vademecum des actions à mener en matière d'inégalités sociales de santé au niveau régional. Nous avons constitué un groupe multidisciplinaire composé de médecins, d'ingénieurs, d'anthropologue, de pharmaciens et de gestionnaire aux origines professionnelles diverses.

LA DÉMARCHE

Notre méthode de travail était classique. Nous avons procédé à une revue de la littérature, à des auditions d'experts qui nous ont permis d'aboutir à des contributions écrites. Nous avons ensuite opéré une relecture et une réécriture collective de l'ensemble du document avec en filigrane le questionnement suivant : le directeur de l'agence sera-t-il interpellé sur ce thème et comment peut-il y répondre.

S'agissant du contenu, nous avons voulu rappeler que les inégalités sociales de santé étaient une réalité aux déterminants multiples et complexes, ces constats interrogeant des valeurs importantes en termes de justice sociale, de cohésion nationale et de droit à la santé, en particulier dans le contexte de crise que nous traversons depuis un an. La réduction des inégalités sociales de santé nous semble par conséquent être l'enjeu central de la santé en région.

Par ailleurs, nous avons voulu mettre en exergue l'opportunité que constituait la mise en œuvre des ARS en identifiant les atouts dont les agences pouvaient disposer :

- un cadre national ;
- la possibilité d'introduire une meilleure cohérence et fluidité entre la prévention, le soin et le médico-social susceptible de bénéficier aux populations les plus fragiles,
- une administration plus forte capable de générer un effet d'entraînement des autres administrations et de faciliter la mise en œuvre de politiques intersectorielles ;
- une répartition des financements par le Conseil National de Pilotage des agences prenant en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé ;
- un plan stratégique régional de santé prévoyant des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ;
- de nouvelles dispositions pour l'accès aux soins (volet ambulatoire du SROS, contrat d'engagement de service public, contrat santé solidarité, télémédecine, renforcement de la permanence des soins, sanctions en cas de comportement discriminatoire des soignants, etc.) ;
- le renforcement des liens avec les territoires ;
- une démocratie sanitaire forte avec les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire ;
- un schéma de prévention venant à hauteur du schéma régional d'organisation des soins ;
- un programme régional d'accès à la prévention et aux soins obligatoire au niveau du projet régional de santé ;
- un appui sur des savoir-faire et des dispositifs existants (PRAPS, permanences d'accès aux soins de santé, lits halte soins santé,...).

Les stratégies que nous avons identifiées comme pouvant être pertinentes ont été présentées sous la forme de 19 fiches-action que je ne détaillerai évidemment pas. Nous avons distingué

des stratégies thématiques spécifiques sur les principaux déterminants présentant un poids épidémiologique particulièrement marqué en France (addictions, nutrition, santé mentale, santé bucco-dentaire, accidentologie...) ainsi que des stratégies par population ou milieu de vie (personnes âgées, détenus, handicapés, santé au travail, santé à l'école, etc.). Il s'agissait d'amorcer la réflexion et de permettre aux directeurs généraux des agences d'avoir d'emblée matière à appuyer leurs stratégies dans ces domaines particuliers.

Nous avons également voulu identifier trois stratégies prioritaires et complémentaires qui constituent selon nous un axe structurant de ce que pourrait être une politique régionale de santé centrée sur la réduction des inégalités sociales de santé :

- le territoire ;
- la petite enfance et la périnatalité ;
- l'environnement.

Nous estimons en effet que ces dynamiques s'inscrivent dans le long terme et permettent d'agir sur les inégalités sociales de santé, c'est-à-dire le gradient, plutôt qu'en faveur des populations les plus précaires qui avaient fait l'objet jusqu'à présent de l'essentiel des politiques publiques dans le domaine. Elles suscitent en outre des politiques intersectorielles dans lesquelles le rôle de l'agence est tout à fait important. Elles présentent également l'avantage de se combiner. Enfin, elles peuvent décaler l'angle d'attaque du problème et susciter de nouveaux intérêts. Ce sont en effet des problématiques qui sont « populaires », tant au niveau des décideurs que de la population.

POINTS SAILLANTS

Territoires

Les inégalités territoriales reflètent les inégalités sociales. Le résultat des évaluations des PRAPS de deuxième génération ont montré que c'était bien au niveau du cadre de vie des individus, dans des actions de proximité, d'accompagnement et de médiation qu'il y avait une réelle efficacité dans l'action. Cela conduit par conséquent à penser que les territoires sont un véritable enjeu d'articulation de la politique de santé avec des politiques menées au niveau local, que ce soit la politique de la ville ou la politique d'aménagement du territoire. Il y a un rôle et une responsabilité de l'ARS pour un déploiement de son projet régional de santé au niveau des territoires de la politique de la ville, des communes et de leurs groupements avec des instruments de contractualisation existants (contrats urbains de cohésion sociale, contrats locaux de santé...). Ce partenariat doit se faire dans une logique à la fois descendante de mise en œuvre locale du projet régionale de santé et ascendante en tenant compte des projets et des aspirations des populations et de leurs élus.

Petite enfance

Les inégalités sont documentées et sont particulièrement inacceptables à cet âge de la vie. Elles jouent un rôle important dans la reproductibilité des inégalités sociales de santé. Certaines études ont mis en évidence le fait que 40 % des inégalités sociales de santé d'une génération s'expliquaient par celles de la génération précédente. Une politique concertée reste à construire. Nous disposons de grandes marges de manœuvre en ce qui concerne l'articulation entre les politiques de l'Etat et, les services tels que, par exemple, la protection maternelle et infantile. Les évalua-

tions des PRAPS de deuxième génération ont ainsi permis de montrer que seuls 25 % des PRAPS avaient réussi des partenariats avec de tels services. En cela, la commission de concertation des politiques de santé peut être d'un grand secours.

Inégalités environnementales

Les inégalités environnementales peuvent être des inégalités d'exposition en fonction des conditions et des milieux de vie et du contexte socio-économique ou professionnel ou des inégalités de sensibilité en fonction de l'âge, de l'état de santé et du statut social. Le plan national Santé Environnement en fait un axe particulièrement structurant en termes de programmation. Le cumul des inégalités environnementales résonne avec le thème qui nous occupe ce jour. Nous pouvons citer les problématiques d'habitation en zone bruyante, à proximité d'installations dangereuses ou d'axes routiers importantes ou évoquer la question du logement insalubre, des pollutions atmosphériques ou des expositions atmosphériques. A exposition égale, les populations qui cumulent un ensemble de difficultés expriment souvent un ressenti plus négatif. Elles sont également d'autant plus vulnérables que les expositions sont plus difficilement évitables, avec une moindre capacité à s'inscrire dans la vie civile pour agir auprès des décideurs. Nous voyons bien par conséquent le rôle majeur des politiques locales, de l'aménagement du territoire et de l'urbanisme. Enfin, s'agissant du lien entre petite enfance et environnement, il faut rappeler la particulière gravité des expositions précoces, la fragilité particulière de l'ADN et des niveaux d'exposition proportionnellement plus élevés que chez l'adulte.

OUTILS

La dernière partie du *vade-mecum* est constituée d'un certain nombre d'outils :

- un argumentaire « prêt à l'emploi » pour les directeurs généraux des agences qu'il conviendra évidemment d'adapter aux contextes locaux et aux diagnostics régionaux qui seront établis ;
- quelques indications sur l'organisation, les partenariats, la participation des usagers, les principes d'action et les éléments d'évaluation ;
- des conseils de communication en matière de santé.

CONCLUSION

En conclusion, nous pensons que la création des ARS est une opportunité pour que la réduction des inégalités sociales de santé soit au cœur des politiques régionales de santé. Territoires, enfance, environnement peuvent être les thèmes prioritaires et complémentaires permettant de renouveler l'approche des inégalités sociales de santé et de susciter de nouveaux partenariats, sur la base de savoir-faire existants et de nouveaux outils.

DISCUSSION

De la salle

Quels outils prévoyez-vous pour adapter l'offre de soins et notamment les soins de premier recours à l'importance territoriale des inégalités sociales de santé ?

NICOLAS PRISSE

J'ai cité un certain nombre d'éléments. Ainsi, le volet ambulatoire du SROS constitue un instrument de programmation territoriale au niveau de la région qui permet de prendre en compte la répartition des soins de premier recours sur le territoire. Ce volet du SROS n'est certes pas opposable. Il ne vaut pas autorisation. Néanmoins, il sera un instrument de régulation pour l'agence extrêmement important dans le cadre d'un certain nombre de contractualisations avec des organismes de santé dits de premier recours. Par ailleurs, les contrats santé/solidarité consistent à demander aux professionnels de santé travaillant dans des zones particulièrement dotées d'aller travailler une partie de leur temps dans des zones moins dotées sous peine de pénalités financières. Les internes pourront également faire financer une partie de leurs études à condition de s'engager sur un territoire particulièrement sous doté en termes d'offre de soins.

De la salle

Comment s'opérera la concertation entre les ARS et les collectivités territoriales ? Nous avons vu ce matin que les politiques de rénovation urbaine par exemple ou celles touchant à l'organisation des territoires et de la ville de demain (logement, habitat, espace public, éducation, etc.) auront un impact fort sur les inégalités sociales de santé. De quels outils les ARS vont-ils doter les élus locaux pour leur permettre d'être efficaces dans leur action quotidienne ?

NICOLAS PRISSE

L'ARS ne peut être leader dans des domaines qu'elle ne maîtrise pas. Elle peut cependant être force de proposition sur un certain nombre de questions. C'est la raison pour laquelle nous avons isolé ces trois thématiques qui nous paraissent faire partie du cœur de métier de l'agence. Elles doivent être motrices pour entraîner tant les autres politiques de l'état que les politiques locales. S'agissant des politiques de logement que vous citez à l'instant, l'ARS aura pour mission de convaincre, d'expliquer, d'améliorer les diagnostics locaux et de faire un peu d'épidémiologie analytique. Elle ne pourra toutefois pas être totalement responsable de secteurs ayant trait à la vie économique en général.

MARTIAL METTENDORFF

J'ajoute que la commission de coordination de prévention permet aux collectivités locales d'être partie prenante des actions de prévention. Nous espérons que ces instances vont permettre de poursuivre le travail initié par les GRSP. Les contrats locaux de santé permettront aux ARS de contracter avec les collectivités locales sur des politiques de soins ou des politiques de prévention et de prise en compte de déterminants de la santé. Nous avons été très soucieux de l'ouverture de l'ARS vers les autres politiques.

De la salle

Permettez-moi de porter un regard naïf et nécessairement un peu ingrat sur ce travail très conséquent que je découvre aujourd'hui. J'ai le sentiment que les actions que vous listez comportent de trop nombreuses priorités. En outre, le choix hautement politique consistant à mettre l'accent sur les gradients au détriment des populations les plus précaires me paraît préoccupant.

NICOLAS PRISSE

Notre groupe de travail n'est pas une instance politique. Si ce choix est politique, il correspond surtout à une véritable demande. Nous avons retenu ces trois angles d'attaque car ils nous semblaient à même de réduire le gradient socio-sanitaire localement.

Le rapport du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique

Thierry Lang, Haut Conseil de la santé publique



Thierry Lang

Président du groupe de travail « Inégalités Sociales de Santé » du Haut Conseil de la santé publique

Professeur de Santé Publique, Université Toulouse III, UMR Inserm 558 et Directeur de l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société

Membre du groupe WHO/OMS Scientific Resource Group (SRG) on Equity Analysis and Research

Nous avons intitulé ce rapport « sortir de la fatalité » car il nous semblait important d'en finir avec la contemplation pour passer à l'action. Nous savons en effet, depuis un demi-siècle, qu'en France un cadre vit plus longtemps et en meilleure santé qu'un ouvrier ou un employé. Les données les plus récentes montrent de façon plus précise qu'un ouvrier de 35 ans ne peut pas espérer atteindre l'âge de la retraite sans incapacité alors qu'un cadre peut espérer vivre 9 ans de sa retraite sans incapacité. Pourtant l'accès à la santé est un objectif collectif affirmé, inscrit dans les textes fondateurs de notre pays. La situation est donc réellement paradoxale. Si nous nous attachons au bilan sanitaire, nous observons incontestablement une amélioration de l'état de santé moyen et une diminution de la mortalité. En revanche, les écarts de santé sont croissants entre les différents groupes sociaux. Les politiques de santé sont incomplètes puisqu'un des objectifs n'est pas atteint. Des écarts croissants persistent dans notre pays.

Les mandats du groupe de travail du HCSP étaient les suivants :

- faire le point sur les données descriptives ;
- réfléchir à l'intérêt et la nature d'indicateurs de santé concernant les inégalités sociales de santé ;
- proposer des interventions et des objectifs spécifiques visant à les réduire.

Nous avons d'abord fait le constat que les inégalités sociales de santé étaient fortes en France et avaient tendance à s'accroître. Ces inégalités prennent la forme d'un gradient qui traverse l'ensemble de la population depuis les ouvriers jusqu'aux cadres. Dans cette optique, les personnes en situation précaire sont à un extrême d'une situation générale marquée par une précarisation.

Les déterminants des inégalités sociales de santé sont multiples, intersectoriels et agissent tout au long de la vie et même avant la naissance. L'accès primaire et secondaire aux soins reste un enjeu majeur avec des accès financiers remis en question. Il convient par conséquent de ne pas négliger l'apport du système de soins dans les inégalités sociales de santé.

Nous disposons d'un grand nombre d'informations sur les inégalités mais ces dernières proviennent essentiellement de synthèses d'études ou de travaux de recherche. Elles sont par conséquent soumises à l'aléa d'intérêts d'un certain nombre de groupes. Peu de données sont produites en routine. Le système d'information sanitaire français est très généralement pauvre en données sociales.

Quelles interventions ont explicitement eu pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé en France ? Des dispositifs exemplaires ont probablement contribué à limiter fortement les inégalités sociales de santé. Nous pouvons citer l'assurance maladie, la médecine du travail et les politiques de protection maternelle et infantile. Des interventions spécifiques ciblent en outre les populations dites en situation de précarité. Elles concernent pour l'immense majorité l'accès aux droits et l'accès aux soins. Elles sont cependant peu connues et rarement évaluées.

Nous observons enfin une volonté d'agir dans de nombreux pays. Nous l'avons vu ce matin avec l'intervention de Sir Michael Marmot. En Europe, nous constatons une volonté politique d'aborder ce problème à travers trois familles de déterminants :

- une approche intersectorielle ;
- une approche fondée sur les comportements ;
- une approche incluant le système de santé.

En l'absence d'objectif explicite fixé aux politiques de santé, il apparaît que les inégalités sociales de santé ne vont pas disparaître. Elles peuvent même mettre en péril les résultats acquis. Nos propositions s'articulent par conséquent autour de trois catégories :

- insérer dans la loi de santé publique un objectif spécifique de réduction des inégalités sociales de santé visant explicitement le gradient social des états de santé ;
- suivre des indicateurs synthétiques appendus à cet objectif par catégorie socio-économique et par zone géographique avec un rapport de synthèse sur leur évolution tous les cinq ans ;
- évaluer l'impact a priori des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé.

Nous avons identifié des mesures à prendre de façon urgente en ce qui concerne le suivi des indicateurs synthétiques :

- réintroduire la catégorie socioprofessionnelle après 64 ans dans les données sur les causes de décès ;
- permettre l'analyse de l'Echantillon Démographique Permanent bloqué depuis 2006 à tous les chercheurs.

Aujourd'hui, notre système de surveillance épidémiologique est très centralisé. Or les inégalités sociales et les interventions sont essentiellement ancrées dans les territoires. Il nous paraît par conséquent important de développer la production de données à l'échelon territorial fin tout en veillant à la comparabilité nationale et internationale d'un socle de mesures.

Nos propositions d'actions reposent sur un certain nombre de principes :

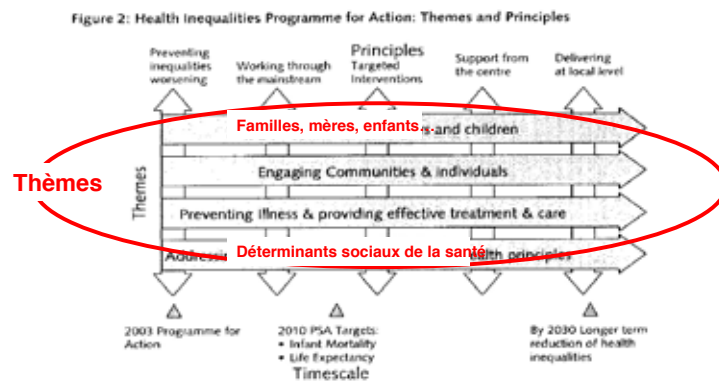
- une politique de santé ne doit pas renforcer les inégalités ;
- elle doit les réduire par la mise en œuvre d'une politique cohérente ;
- elle doit prendre en compte le fait que les inégalités traversent l'ensemble de la société sans occulter la situation des personnes en situation de précarité ou marginalisées ;
- le rôle des déterminants sociaux est majeur.

Nous l'avons dit, nous proposons tout d'abord d'évaluer a priori l'impact des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé. Il nous semble qu'il s'agit d'un premier pas vers la mise en place de politiques intersectorielles. Il se trouve qu'au niveau national la révision constitutionnelle de 2008 érige l'évaluation des politiques publiques en principe constitutionnel. Cependant, cette évaluation porte sur les conséquences économiques, financières, sociales mais n'inclut pas la santé. Nous proposons par conséquent, sur la base de la loi organique, d'inclure la santé parmi les éléments qui doivent figurer dans l'évaluation a priori de tout projet. Au niveau local, nous proposons de la même façon que l'aménagement du territoire, les plans locaux d'urbanisme ou encore les plans locaux de mobilité fassent l'objet d'évaluation d'impact a priori. Ainsi, au Québec, l'article 54 de la loi sur la santé publique dispose que « tous les ministères et organismes doivent s'assurer que leurs lois et règlements n'occasionnent aucun impact négatif significatif sur la santé et le bien être de la population ».

En termes d'actions, il nous a semblé qu'il existait une certaine tension entre une politique de l'urgence à l'une des extrémités et le renvoi à la disparition de l'ensemble des inégalités sociales à l'autre extrémité. Il nous a par conséquent semblé important de proposer une politique fondée sur des articulations temporelles (long, moyen terme et rattrapage), spatiales (nationales et locales) et populationnelles (universelles et ciblées). En d'autres termes, il s'agit de mettre en place de véritables plans stratégiques d'où l'importance d'un objectif explicitement cité. J'ai emprunté un exemple au Royaume-Uni pour vous montrer ce que nous pouvons attendre d'un programme coordonné qui associe plusieurs délais, plusieurs thèmes et plusieurs principes d'intervention pour atteindre un objectif fixé.

Articuler politiques de long, moyen terme et de « rattrapage » ;
 Articuler et coordonner politiques nationales et locales

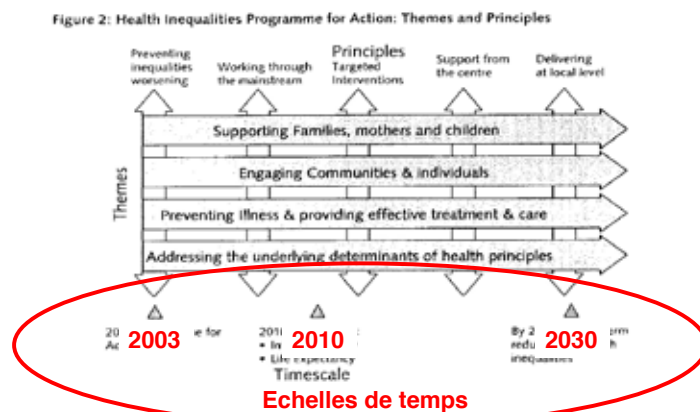
Stratégie



Tackling health inequalities : A programme for action. Department of Health. UI

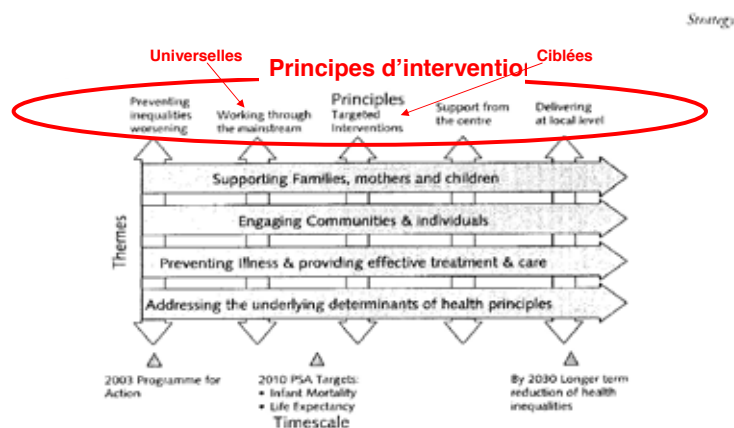
Articuler politiques de long, moyen terme et de « rattrapage » ;
 Articuler et coordonner politiques nationales et locales

Stratégie



Tackling health inequalities : A programme for action. Department of Health. UI

**Articuler politiques de long, moyen terme et de « rattrapage » ;
Articuler et coordonner politiques nationales et locales**



Tackling health inequalities : A programme for action. Department of Health. UI

Si nous envisagions de réduire les inégalités sociales d'incidence et les désavantages liés aux maladies chroniques, nous ferions le constat que nous observons une stabilisation de l'épidémie d'obésité chez les enfants mais, dans le même temps, un accroissement des inégalités de santé dans cette même population. Or nous savons que l'obésité est à l'origine de nombreuses maladies chroniques. Par conséquent, nous pourrions imaginer un plan coordonné qui reposerait, à long terme, sur un objectif de réduction des inégalités sociales d'index pondéral avec des indicateurs d'efficacité facilement mesurables. A moyen terme, nous pourrions mettre en place des programmes de réduction des expositions aux conditions matérielles et psychosociales de travail néfastes. A court terme, il s'agirait d'assurer la mise en place de l'accès au dépistage, aux soins et à l'éducation thérapeutique. Encore une fois, il ne s'agit que d'une suggestion et nous n'entendons pas nous substituer à la DGS.

Au titre des actions, nous proposons également de développer la responsabilité des institutions du système de soins et des soignants vis-à-vis de la population. Il s'agirait de mettre en place des indicateurs de suivi de l'accès primaire et secondaire aux soins et des interventions pour les améliorer. Ces indicateurs pourraient figurer parmi les éléments de certification des établissements hospitaliers. Les indicateurs en population étudiés pourraient être les renoncements aux soins ou les délais d'accès à certains actes techniques (mammographie, scanner, etc.).

Il nous paraît en outre essentiel d'introduire la réduction des inégalités sociales de santé au cœur du développement durable des territoires. En effet, la logique de développement durable rejoint la promotion de la santé définie par la charte d'Ottawa. Dans les deux cas, l'intersectorialité et la

participation des habitants aux décisions ayant une influence sur l'environnement et la santé sont requises. Nous proposons par conséquent d'inscrire la santé et ses inégalités dans le diagnostic territorial partagé et dans les projets territoriaux de développement durable.

En ce qui concerne la recherche, il est urgent de valoriser l'interdisciplinarité. Il convient également de travailler sur les méthodes d'évaluation des interventions. Il est en outre essentiel de former l'ensemble des professionnels de santé aux déterminants sociaux de la santé. Les représentations de la santé découleront en effet de celle des médecins et donc de leur formation.

Enfin, nous souhaitons la mise en place d'un centre d'expertise et de coordination de cet objectif de la loi. Il devra s'agir d'un espace de coordination concret associant chercheurs et praticiens aux niveaux local et national. Le centre aura également pour rôle de valoriser les comparaisons et les échanges internationaux, la France étant actuellement assez largement absente du débat international sur ce sujet.

La volonté d'agir a été affirmée. Elle s'est traduite, jusqu'à présent, par des initiatives isolées. Elle doit maintenant s'affirmer :

- par une politique globale et explicitement dirigée vers ce problème ;
- par la définition d'une démarche structurée, associant différents programmes complémentaires et coordonnés.

Réduire les inégalités sociales de santé est la prochaine étape d'amélioration de notre système de santé.

DISCUSSION

De la salle

Le Haut Comité dans sa réflexion sur la production de données à l'échelon territorial fin et compte tenu de son ambition de lutter contre l'obésité des enfants notamment a-t-il identifié les conditions qui permettraient aux services de santé scolaire de jouer le rôle éminent que l'on attend de lui. Ma ville figure parmi les quinze villes qui ont conservé un service de santé scolaire et est donc en capacité de produire sur son territoire des données fines concernant la santé des enfants. Avez-vous réfléchi à la place de la santé scolaire dans cet avenir que vous construisez ?

THIERRY LANG

La production de données à l'échelon territorial fin est un objectif essentiel. La santé scolaire, à l'instar de la médecine au travail ou de la PMI, fait partie des dispositifs qui ont probablement été très utiles dans la réduction des inégalités sociales de santé chez les enfants. Nous ne disposons toutefois pas de données sur le sujet. Cela fait partie des pistes à explorer. L'obésité infantile nous paraît in fine être un point d'entrée important dans la réduction des inégalités sociales de santé chez les enfants.

De la salle

Je souhaite tout d'abord vous féliciter pour cet exposé très complet. A mon sens, il serait particulièrement opportun de faire de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé un axe stratégique de la future loi de santé publique. Cela nous permettrait de donner un signal fort quant à l'importance de la prévention et de la promotion de la santé en France. Cela permettrait aux ARS, au niveau des pôles de santé publique, d'avoir une légitimité extrêmement forte.

CHRISTIAN SAOUT

Je ne suis pas certain qu'il soit utile que je participe à la table ronde suivante. En effet, le Haut Conseil de Santé Publique a résumé sous une forme extrêmement convaincante ce qu'affirme depuis trois ans la Conférence Nationale de Santé. Nous avons eu le même débat que celui que Thierry vient d'initier, à savoir faut-il faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé un objectif de la politique publique. Nous sommes assez nombreux à penser que le plus important est de pouvoir identifier des programmes qui soient asservis à cet objectif.

Votre projet est très ambitieux. Il n'est cependant pas facile à vendre. La vraie vie, ce n'est en effet pas le sommet mais la base. Les 26 directeurs des ARS qui viennent d'être nommés vont remplacer les politiques spécifiques de la précarité par des politiques universelles de la précarité. Tous les éléments que nous avons eus tant de mal à mettre en place vont être abandonnés. Or je trouve qu'il serait dommage que la promotion de cette idée que je soutiens se fasse au détriment d'une autre idée que je soutenais tout autant.

De la salle

La mise en place de la CMU ne s'est pas traduite par un recul des inégalités sociales de santé et de la pauvreté et de la précarité. Les associations de lutte contre l'exclusion s'interrogent elles-mêmes sur l'opportunité de passer d'une lutte contre l'exclusion et la précarité à une lutte contre les inégalités sociales de santé en particulier. D'une certaine manière, l'évolution que vous avez mentionnée nous intéresse. Nous serons néanmoins attentifs à ce que cette évolution de la politique ne se traduise pas par l'abandon d'une partie de la population. Il convient par conséquent de permettre un réel accès au système de santé. Les politiques centrées sur la petite enfance sont au centre des discours. Elles ont un effet moral extrêmement positif et tout à fait audible. Pour autant, le coût de notre système de santé est essentiellement imputable à la manière dont nous accompagnons et soignons les personnes âgées. En insistant d'une manière aussi forte sur la question de l'enfance, ne négligeons nous pas le secteur le plus coûteux et le plus susceptible de poser des problèmes à l'avenir.

THIERRY LANG

J'invite Christian Saout à nous aider à promouvoir notre programme. Notre ambition n'est pas de brader la lutte contre la précarité au profit du gradient. Nous insistons sur les déterminants sociaux de la santé ce qui ne signifie pas que nous entendons renoncer aux programmes de lutte contre la précarité. J'ai consacré trois diapositives aux programmes de 2003 dans le but de démontrer que les interventions n'étaient pas antagonistes et pouvaient être cordonnées. En d'autres termes, la lutte contre les inégalités sociales de santé doit à la fois intégrer la lutte contre la précarité et l'action sur le gradient social. Il s'agit d'associer des interventions ciblées et des interventions universelles.

De la salle

Notre association vient en aide aux personnes ayant des problèmes d'alcoolisme. Nous rencontrons de réelles difficultés à trouver des centres de cure ou de postcure acceptant les personnes en situation de grande précarité. Par ailleurs, je suis étonné que la question du post-soin ne soit pas abordée. Les inégalités sociales de santé ne se limitent pas aux soins.

THIERRY LANG

Vous avez raison et votre remarque vaut pour l'ensemble des pays. L'accès secondaire aux soins est un domaine assez peu mobilisé. Nous savons pourtant qu'il existe des inégalités de traitement et de prise en charge.

De la salle

Je voulais signaler qu'un autre groupe de travail du HCSP avait réalisé un rapport sur les systèmes d'information pour la Santé Publique. Il contient des propositions concrètes pour contribuer à la mise en place d'un système de surveillance permanent des inégalités de santé.

Par ailleurs, à la différence de Christian Saout, je ne crois pas du tout que les directeurs des ARS vont abandonner les programmes de lutte contre la précarité pour se concentrer sur les déterminants sociaux. Il est en effet mille fois plus difficile de lutter contre les inégalités dans l'ensemble de la société que de prendre en charge une frange de la population, vieux ou pauvres par exemple. Je ne suis cependant pas d'un optimisme absolu quant au fait que les ARS vont se précipiter pour mettre en place des plans de lutte contre les inégalités.

De la salle

Sur le terrain, nous sommes confrontés à la difficulté de faire des choix dans les attributions de crédits. Je me réjouis par conséquent de la création d'un centre d'expertise. Nous avons en effet besoin d'une expertise technique éclairant un certain nombre de questions que nous nous posons sur le terrain.

MARTIAL METTENDORFF

Vous avez raison de souligner que nous avons besoin d'un lieu où puissent se confronter analyses scientifiques et expériences de terrain.



Table ronde

Points de vue et propositions pour une politique de réduction des inégalités



La table ronde est animée par **Jean-François Girard**, Conseiller d'Etat.

- **Claude Evin**, Responsable préfigurateur Agence Régionale de Santé Ile de France
 - **Jean-Pierre Grünfeld**, Professeur de néphrologie Paris Descartes, responsable de l'élaboration des recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013
 - **Valérie Levy-Jurin**, Présidente du Réseau français des Villes Santé de l'OMS
 - **Nicole Maestracci**, Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
 - **Dominique Polton**, Directrice de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques CNAMTS
 - **Christian Saout**, Président de la Conférence Nationale de Santé
-



JEAN-FRANÇOIS GIRARD

Je ne peux m'empêcher, au moment d'ouvrir cette table ronde, d'évoquer une anecdote. Il y a quelques vingt ans, à quelques semaines près, le directeur général de l'époque demande que soit remis directement au Ministre un premier rapport national sur l'état de santé. Le Ministre, comprenant qu'il a un outil majeur entre les mains, se tourne vers son directeur général et lui demande quelle communication a été prévue sur le sujet. Aucune ! Vingt ans plus tard, vous pouvez mesurer le chemin parcouru.

Le seul objectif acceptable aujourd'hui est de passer à l'action et de mettre en place au plan national, régional et local des méthodes opérationnelles pour que « les inégalités sociales de santé ne soient plus une fatalité ». Deux mots clés sont revenus de façon litanique dans les présentations de cette journée : 'territoires' et 'intersectoriel'. Il est clair que nous n'allons pas seuls combattre les inégalités sociales de santé. C'est une façon de dire que le sujet est éminemment politique. Je rappelle, s'il en est besoin, que deux Ministres du Gouvernement vont clore cette journée.

Je poserai une seule question à nos différents intervenants qui disposent chacun de cinq minutes : que faisons-nous pour qu'enfin la fatalité cesse ?

CLAUDE EVIN

Je suis chargé de la préfiguration de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France qui sera créée le 1er avril prochain. Vous savez qu'en même temps que se créent les ARS, les services de l'Etat, DRASS et DASS, sont partagés avec la création d'une Direction de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale. Cela signifie qu'un certain nombre de politiques qui étaient jusqu'à maintenant prises en compte à l'intérieur même des services déconcentrés de l'état seront pilotées au sein de deux institutions différentes, l'Agence régionale de santé (ARS) et la Direction de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale. Il faudra donc trouver les articulations entre ces institutions. Madame Bachelot s'est d'ailleurs exprimée il y a quelques jours pour demander à ce que, à l'intérieur des agences régionales de santé, il y ait quelqu'un d'identifié pour appréhender ces questions de lien avec les politiques sociales prises dans leur globalité.

Il me semble également important de rappeler que la loi HPST a notamment ciblé comme priorité l'accès aux soins des populations en grande précarité. Cet objectif devra être pris en charge par les agences régionales de santé.

Une fois ces quelques éléments rappelés, je voudrais en quelques mots parler des inégalités sociales en Ile-de-France. J'aborde cette question en étant tout à fait conscient du paradoxe dans lequel se trouve notre région. Cette dernière possède en effet les meilleurs indicateurs de santé. Notre population jouit en effet globalement d'un excellent niveau de santé comparativement à d'autres régions de notre pays. Elle justifie également d'une excellente offre de soins. Pour autant, elle cumule vraisemblablement les plus grands écarts populationnels. Cela signifie que lorsque nous mettrons en œuvre le plan régional de santé tel que le prévoit la loi HPST, la réduction des inégalités devra nous amener à prioriser un certain nombre de politiques touchant ces populations ciblées. Je ne peux par conséquent pas ne pas citer avant de conclure, les contrats locaux de santé qui devraient nous permettre de mettre en place des politiques plus fines en lien avec les territoires et en fonction d'identifications précises, soit de situation populationnelles, soit de populations territoriales. Dans un cadre général d'amélioration de l'état de santé de la population, ils nous amèneront à prendre plus particulièrement en compte ces inégalités.

JEAN-PIERRE GRÜNFELD

Ma place a cette table ronde est totalement usurpée et illégitime. Je ne suis en effet pas médecin de santé publique. Je vais cependant vous expliquer pourquoi cet objectif de correction des inégalités de santé m'a saisi lorsque je suis devenu responsable de l'élaboration des recommandations pour le plan Cancer. Exerçant la médecine depuis 45 ans, je connaissais depuis longtemps les inégalités sociales de santé. Je me suis rapidement rendu compte que le plan Cancer était dans le fond exemplaire. Il n'y a en effet pas beaucoup de plans centrés sur un certain nombre de maladies permettant de faire passer un certain nombre de messages dont la portée peut s'avérer plus générale. Il m'a semblé essentiel d'introduire dans le nouveau plan Cancer la correction progressive des inégalités de santé. Je dois à ce titre payer un tribut au professeur Marmot qui m'a poussé à avoir l'audace d'inscrire cet objectif dans le Plan. La préparation de ce plan m'a également fait entrevoir des aspects de santé publique méconnus des médecins traitants.

Ces actions pour corriger les inégalités de santé doivent être locales, territoriales, infra-territoriales, urbaines, infra-urbaines. Nous devons rechercher la flexibilité maximum afin d'impliquer le maximum d'acteurs du secteur médico-social, des collectivités territoriales et des associations de patients. Nous sommes un pays centralisateur. Nous devons par conséquent prendre garde à ne pas nous enfermer dans un modèle unique. Je ne voudrais en effet pas que le 'livre orange' enferme les directeurs des agences régionales de santé dans un modèle unique. Nous avons besoin d'initiatives locales et de flexibilité pour réussir ce combat contre les inégalités de santé. Ne faisons pas le contraire au motif d'être un pays jacobin.

Comme le rappelait Sir Michael Marmot, la lutte contre les inégalités doit s'envisager dans tous les secteurs. Nous avons appliqué ses propositions dans le plan Cancer. Je citerai deux exemples dans le domaine des soins qui nous permettront de mobiliser immédiatement l'objectif de lutte contre les inégalités de santé. Nous souhaitons que, dans un certain nombre de régions, soient étudiés les délais d'attente d'une étape à l'autre dans les soins du cancer. Je suis en effet persuadé que ces derniers sont largement influencés par les catégories sociales. Par ailleurs, les agréments pour un certain nombre d'activités de chimiothérapie, de chirurgie et de radiothérapie sont en cours de mise en place. Cela posera problème pour un certain nombre de secteurs ruraux. L'accès aux soins dépend en effet de la distance entre le patient et son centre de référence. Nous avons par conséquent besoin dès maintenant d'anticiper les effets de ces autorisations qui, si elles assurent la qualité et la sécurité des soins, risquent d'accroître les inégalités. Nous savons d'ores et déjà que nous devons mettre à disposition des patients des appartements et des chambres d'hôtel thérapeutiques de façon à les rapprocher de leur lieu de traitement. Il convient désormais que nous passions aux actes.

VALÉRIE LEVY-JURIN

Cette journée a été extrêmement riche. Je tiens par conséquent à remercier l'ensemble des intervenants et notamment les intervenants anglo-saxons qui nous ont permis d'avoir une ouverture de notre regard sur ces problématiques d'inégalités sociales de santé. Le réseau que je représente a plus de vingt ans et rassemble 70 grandes villes. Il s'appuie sur un certain nombre de préceptes dont le premier est une définition très large de la santé qui va bien au-delà du soin et de la maladie. Il défend également l'idée que les territoires urbains sont des territoires extrêmement pertinents pour mener des actions de santé, toutes les politiques y étant menées dans le domaine de l'urbanisme, du logement, du transport, de la sécurité, du développement écono-

mique et industriel, du lien social et de la solidarité et de l'éducation concourant à l'amélioration de la santé. Notre réseau porte enfin une attention particulière aux plus fragiles, cette fragilité ne s'entendant pas uniquement au plan économique. Cela fait plus de vingt ans que nous allons de l'avant. Nous nous heurtions cependant trop souvent à l'argument selon lequel les collectivités territoriales n'avaient aucune compétence réglementaire dans le domaine de la santé. En réponse, nous évoquons notre responsabilité morale. C'est la raison pour laquelle l'intervention de Sir Michael Marmot m'a particulièrement touchée.

Si je me réjouis de cette mise en lumière des inégalités sociales de santé, je ne suis pas naïve et, par conséquent, je suis consciente que nous avons un réel combat à mener. Je ne suis en effet pas convaincue qu'il existe un fort consensus sur l'existence de ces inégalités sociales de santé. Nous avons un important travail de conviction à mener vis-à-vis des professionnels de santé qui subissent les inégalités comme une fatalité. Nous allons également devoir convaincre l'opinion publique. Un travail de lobbying et de communication devra être mis en œuvre afin que ces évolutions ne soient pas comprises comme un échec des politiques menées précédemment dans le domaine de la santé. Les PRAPS ou les ateliers santé ville ont porté leurs fruits. Ces outils doivent cependant évoluer afin de répondre aux besoins de la société actuelle. Pour qu'une politique soit efficace, il faut qu'elle arrive au bon moment. Les préfigurateurs des ARS sont très préoccupés des questions sanitaires. Devons-nous communiquer sur les inégalités sociales de santé alors que la réforme générale des politiques publiques déstabilise beaucoup les acteurs locaux. A mon sens, la conférence régionale de santé est l'événement au cours duquel il convient de s'emparer de la question des inégalités sociales de santé. Il conviendra de pouvoir y interpellier les autres politiques publiques. Les personnes et les collectivités qui mènent des actions dans le domaine du logement ou de l'éducation devront être convoquées à cette conférence. Des actes politiquement forts seront également indispensables. Je rêve que le Ministre de la Santé ait la possibilité d'interpeller les autres membres du Gouvernement sur l'impact de leur politique sur les inégalités sociales. Enfin, nous devons trouver des espaces de construction et de concertation. Je rejoins Claude Evin, les contrats locaux seront un espace fort qu'il faut que nous investissions.

NICOLE MAESTRACCI

La FNARS regroupe 850 associations de solidarité gérant des centres d'hébergement, des chantiers d'insertion et des centres d'accueil pour demandeurs d'asile. Je proposerai quelques observations complémentaires à mettre sur la table. Plusieurs études ont montré que la santé, avant même le chômage, était une des principales causes de basculement dans l'exclusion. Il ne faut en outre jamais oublier que la santé ne figure pas parmi les préoccupations des plus précaires. Quelqu'un qui n'a pas de logement, pas de travail ou pas de ressources ne pense pas à ses problèmes de santé. Nous raisonnons toujours comme si les précaires étaient demandeurs d'une prestation que nous ne parvenons pas à leur offrir. La situation est différente. Ces personnes ne demandent pas et finissent par arriver aux urgences en présentant des pathologies extrêmement graves. Cette dimension est extrêmement importante et doit nous amener à réfléchir autrement nos politiques de santé. Cette population invisible des gens qui vont le plus mal mais ne demandent rien doit faire partie de nos objectifs de politique publique

Plusieurs intervenants ont évoqué la question du taux de renoncement. Je rappelle que le rapport remis récemment au Parlement par Martin Hirsch sur la réduction de la pauvreté montre que tous les indicateurs sont défavorables. Le taux de renoncement aux soins a notamment aug-

menté ces trois dernières années. Face à cette situation que seuls les spécialistes connaissent, nous avons un dispositif assez complexe et difficilement mobilisable. Les actions à destination des plus précaires (ateliers santé ville, PRAPS, etc.) reposaient essentiellement sur le militantisme et la volonté de certains. Je ne partage par conséquent pas totalement les inquiétudes de Christian Saout. Il n'y a en effet pas beaucoup à abandonner.

En revanche, l'intégration de la politique publique à l'égard des plus précaires dans une politique publique de santé plus large me paraît cohérente à la condition qu'elle soit plus intensive à l'égard de cette population. Nous nous sommes en effet beaucoup battus pour que l'intensité se substitue à la spécificité. Or actuellement nous réservons la politique la plus pauvre aux populations les plus pauvres.

Nous ne pouvons pas mettre en place une politique déterminée contre les inégalités de santé si nous ne luttons pas efficacement contre les inégalités sociales. La politique de la ville menée depuis 30 ans n'a pas permis de sortir certains quartiers de la relégation dans laquelle ils se trouvent. Nous devons par conséquent en finir avec les discours incantatoires afin d'examiner réellement la marge de manœuvre dont nous disposons. Même avant la loi sur le droit au logement opposable, le droit au logement était inscrit dans de nombreux textes de loi et même dans le préambule de la constitution. Or plus de 3 millions de personnes sont en France en situation de mal-logement. Il ne suffira pas d'inscrire l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans la future loi de santé publique pour régler les problèmes.

Il convient également de travailler sur la question du consensus. Nous savons que les déterminants socio-économiques sont majeurs au regard des comportements. Or dans l'imaginaire collectif, ce sont les comportements qui sont perçus comme majeurs. En d'autres termes, il est fréquent d'entendre que les pauvres ne sont pas étrangers à leur situation et au fait que leur état de santé est souvent dégradé. Enfin, il me semble important d'insister sur le fait qu'il est indispensable que nous allions au devant des personnes qui vont le plus mal. Cela nécessite une véritable révolution pour notre système de santé. Nous ne mettrons pas en place un système de santé publique à destination des personnes les plus précaires si nous ne nous préoccupons pas de la manière dont elles le vivent elles-mêmes. En la matière, les inégalités sociales aussi bien que culturelles sont considérables.

DOMINIQUE POLTON

J'aimerais développer trois idées. Pendant assez longtemps, les inégalités sociales de santé ont été regardées par le prisme de l'accès aux soins des populations précaires. Dans le même temps, tous les épidémiologistes et les chercheurs démontraient que les déterminants sociaux à l'origine de la formation de ces inégalités se situaient bien en amont du système de soins et relevaient des conditions de vie et de travail et des comportements sociaux. D'ailleurs, dans un certain nombre de travaux, le système de soins, y compris dans sa composante préventive, n'était même pas cité tant on estimait que son rôle était faible dans la possibilité de renforcer ou au contraire de lutter contre les inégalités de santé. Je trouve par conséquent que l'approche du Haut Conseil visant à réarticuler l'amont et l'aval est intéressante.

L'assurance maladie joue déjà en faveur de la réduction des inégalités de santé dans la mesure où elle solvabilise largement les soins. Que pouvons-nous faire au niveau du système de soins pour faire encore mieux ? Parmi les outils dont nous disposons, un élément me paraît pouvoir nous

faire passer d'une vision assez individuelle médecin/malade à une vision de service rendu à la population et de résultats de santé en population. Il s'agit du médecin traitant et de ce qu'on est aujourd'hui en train d'y accrocher en termes de populations servie et en termes d'objectifs sur cette population. C'est ce que nous faisons dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). La démarche est intéressante. Elle consiste à affirmer que le médecin est responsable de la population qui est inscrite chez lui et, d'une certaine manière, peut avoir une démarche proactive vis-à-vis de cette population. C'est un outil d'harmonisation et d'homogénéisation des pratiques qui vise également à réduire les hétérogénéités et donc sans doute les inégalités sociales. Il me semble que nous pourrions être beaucoup plus proactifs en donnant au système de soins, à différents niveaux, ces objectifs.

Enfin, il y a un domaine pour lequel je pense que nous faisons preuve d'une absence de réalisme. Il s'agit des questions d'accès financier aux soins. Je pense en effet que les systèmes font des choix alors que nous nous n'en faisons pas. En d'autres termes, nous couvrons assez mal beaucoup de choses. Dans d'autres pays, il existe des systèmes beaucoup plus serrés qui font des choix beaucoup plus drastiques en ce qui concerne les techniques couvertes et remboursées. C'est par exemple le cas du Canada qui rembourse moins de prestations mais à un meilleur niveau. En France, le fait que nous laissions des restes à charge importants, certainement difficiles à assumer pour un certain nombre de personnes, résulte de non choix. Nous ne pouvons pas faire l'économie de relier la question des inégalités sociales de santé à la question des choix que nous pouvons opérer de façon à assurer la gratuité ou l'accès financier réel à des soins nécessaires.

CHRISTIAN SAOUT

Je voudrais vous présenter dans le peu de temps qui m'est imparti les dix points saillants identifiés par la Conférence Nationale de Santé. Tout d'abord nous pensons qu'il convient de développer la promotion de la santé non pas parce qu'elle est une démedicalisation de la prévention mais parce qu'elle répond à cette question qu'a évoqué Nicole Maestracci, qui est la mobilisation des populations. Il convient également de faire évoluer la médecine de premier recours pour qu'elle soit moins sélective, plus disponible, plus soucieuse de coordination dans l'organisation des soins. C'est notamment à cet objectif que répondent les maisons de santé pluridisciplinaires dans le projet de loi HPST. Nous défendons également l'idée d'une plus grande solidarité face aux risques. Il faut réparer les inégalités financières dans l'accès à une couverture universelle en instaurant un montant maximum cumulé de reste à charge.

Il convient également de créer les conditions du débat public sur les orientations de la politique publique de santé. Le projet de décret ne permet pas de résoudre cet objectif. La Conférence le dira demain dans un avis assez sévère. Nous réclamons également un ministère de la Santé de plein exercice. Par ailleurs, nous pensons qu'il convient d'identifier clairement les principes pérennes de la politique de santé publique française. En ce sens, la Conférence a affirmé qu'elle croyait qu'il était judicieux de faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé un principe pérenne. Nous défendons également l'idée de faire progresser la santé quel que soit le département ministériel qui l'a en charge. La santé publique est en effet présente dans toutes les politiques publiques. Nous demandons également que les responsables publics identifient quelques priorités de santé publique qui soient débattues. La Conférence estime à ce titre que les politiques de santé mentale doivent faire partie de ces priorités. Il convient en outre de clarifier les outils de l'action publique. Enfin, une meilleure coordination est indispensable sur le plan natio-

nal et sur le plan régional. Il nous semble indispensable d'avoir une attention très vigilante aux territoires, aux populations et aux approches de proximité.

JEAN-FRANÇOIS GIRARD

A cet exercice, nous avons sans doute formulé davantage de contradictions que de propositions. Nous avons évoqué la loi et, dans le même temps, avons beaucoup parlé du terrain. Ce n'est pas incompatible. Toutefois, ce n'est pas une loi de 145 articles qui nous permettra de répondre à notre objectif. Une loi cadre fixant de grands axes politiques serait à mon sens plus efficace pour qu'une appropriation par l'ensemble des populations, avec leurs diversités sociales, géographiques et sanitaires, puisse se faire.

Je note par ailleurs que la recherche a été assez absente de nos débats. Or je pense que nous avons besoin de la recherche dans cette démarche qu'elle soit de mobilisation de la population, d'évaluation des activités ou de mesures et d'innovations.

Je relève en outre l'idée qu'un Ministère de la Santé global est nécessaire, sachant que ce sujet est plus que tout autre intersectoriel. Enfin, se pose la question de savoir à quel niveau se définissent les objectifs. Visiblement, il serait intéressant que nous revenions sur la question de la place de la Conférence régionale de santé. Peut-être devons-nous insister sur l'importance de cette dernière au moment où les agences régionales de santé se mettent en place.

De la salle

J'ai une proposition à vous faire. Pourquoi ne pas instituer une visite médicale annuelle obligatoire pour les chômeurs et RMIstes ? Cette mesure permettrait en effet d'opérer un dépistage auprès des populations les plus démunies. Par ailleurs, j'aimerais savoir ce que va devenir la MILDT.

NICOLE MAESTRACCI

Beaucoup de travailleurs échappent aux visites de la médecine du travail et beaucoup de chômeurs ne sont par ailleurs pas inscrits au chômage. Dans ce domaine également nous avons affaire à une énorme population invisible. Mettre en place un système rendant obligatoire une visite médicale nécessite beaucoup de compétences et de doigté. Il convient en effet d'être en mesure de réfléchir à l'après. Si nous aidons les gens à faire un diagnostic, il faut que nous soyons en mesure de proposer un suivi qui tienne compte des conditions de vie de ces personnes. Certains intervenants ont par exemple évoqué les problèmes d'observance des traitements. Ce sont des questions qu'il convient d'examiner dans une perspective globale.

CLAUDE EVIN

Je ne dispose pas d'information particulière en ce qui concerne la MILDT. En ce qui concerne l'agence régionale de santé Ile-de-France, j'ai l'intention de privilégier un mode de fonctionnement par projets sur un certain nombre de questions transversales et notamment en ce qui concerne l'ensemble de la problématique des addictions.

De la salle

Ma question s'adresse à Dominique Polton. Aux Pays-Bas, il n'y a plus d'accès aux soins dentaires, qui ne sont plus considérés comme médicalement nécessaires. En France, les poux et la gale ne sont également pas considérés comme médicalement nécessaires et il faut payer pour s'en débarrasser. Je me demande par conséquent ce que vous entendez par la priorisation des soins

‘médicalement nécessaires’. Je reconnais que des choix devront être opérés. Il me semble toutefois important de tenir compte des écueils des politiques de santé qui ont déjà pris ce virage et ont laissé beaucoup de gens sur le bord de la route.

DOMINIQUE POLTON

Je me suis sans doute mal exprimée. Notre objectif n’est pas de sortir les soins dentaires de l’assurance maladie ou de se limiter aux risques lourds. Nous savons toutefois que nous pourrions soigner en utilisant la pharmacopée de manière plus efficiente. Nous laissons notre système filer sans prendre à bras le corps l’idée que nous pouvons être plus drastiques dans un certain nombre de domaines pour lesquels nous n’aurions pas de perte de chance. C’est à mon sens une des conditions de mise en place d’un système qui ne multiplierait pas les plans de déremboursement successifs. Nous pourrions même faire des progrès dans la prise en charge d’un certain nombre de couvertures.

De la salle

Je ne suis pas loin de partager le point de vue selon lequel des choix doivent nécessairement être opérés. Qui cependant est légitime pour amorcer ce débat et faire en sorte que ces choix interviennent dans un calendrier raisonnable ?

CHRISTIAN SAOUT

Il faudrait déjà que les médecins respectent les arborescences de prescription. Il existe en effet un écart substantiel entre les pratiques recommandées au plan national et les prescriptions. Des ressources sont en outre mobilisables dans le système. Le taux d’inadéquations hospitalières laisse par exemple rêveur.

DOMINIQUE POLTON

Nos systèmes d’information sont de plus en plus riches et font apparaître d’extraordinaires variations de pratiques y compris en ce qui concerne le nombre de séances de rééducation en kiné de ville. Nous avons une responsabilité dans l’encadrement des droits de tirage. Actuellement, notre système souffre d’être insuffisamment protocolisé. Comme notre gestion est insuffisante en amont, nous essayons de couvrir nos déficits par diverses mesures dont l’augmentation des restes à charge.

CLAUDE EVIN

Le débat public sur ces questions est souvent abordé de manière globale. Or le vrai problème auquel nous sommes confrontés est celui des inégalités sociales. La plus grande caractéristique de notre système de santé est que ce dernier est très inégalitaire. Le fossé est énorme entre l’ouvrier agricole de la Creuse et le cadre du 16ème arrondissement parisien, tant en termes d’accès aux soins que de connaissance du système. Globalement, nos dépenses de santé sont parmi les plus élevées au sein des pays occidentaux. Toutefois, nous ne parvenons pas à réduire les inégalités. C’est cette question que nous devons poser en priorité.

VALÉRIE LEVY-JURIN

En France, nous n’avons pas d’espace dédié à un véritable débat démocratique sur les grandes problématiques de santé. Nous organisons les états généraux de l’éthique sans aborder le thème des inégalités de santé. Nous devons sortir du débat habituel.

De la salle

J'ai la conviction que ce sont les conditions de travail qui créent les problèmes de santé au travail. Je trouve par conséquent cohérent que le ministre du Travail soit chargé des questions de santé au travail. Il apparaît toutefois que la politique de santé au travail est pour l'instant trop mal intégrée dans la politique de santé publique. J'étais par conséquent très intéressé par les propositions qui ont été faites dans le but d'assurer une meilleure coordination entre la sphère chargée de la santé au travail et les ARS. Il y a là des pistes pour une meilleure coopération.

JEAN-PIERRE GRÜNFELD

Je voudrais relancer le débat sur la question de la recherche en épidémiologie sociale. Comment pensez-vous faire pour disposer à nouveau des données épidémiologiques concernant notamment les catégories socioprofessionnelles.

CHRISTIAN SAOUT

La Conférence nationale de santé a décidé d'organiser un débat public sur le sujet. Il aura lieu le 3 février dans cette même salle. J'invite ceux qui ont envie de s'exprimer sur la construction des statistiques à venir fabriquer ensemble la réponse à la question posée par Jean-Pierre Grünfeld. Il s'agit en effet à mon sens de vrais choix éthiques et personnels. Pour ma part, je suis évidemment favorable à ce que les chercheurs puissent mobiliser ces statistiques, qui sont parfois qualifiées d'éthiques, sous réserve que des garanties soient données aux citoyens. Cela me semble souhaitable pour la précision de la politique de santé publique.

ALFRED SPIRA

Nous pouvons replacer la question qui vient d'être soulevée dans un contexte plus général. Il existe une multiplicité de pistes ainsi qu'un foisonnement de résultats et d'utilisations possibles. C'est sans doute l'un des éléments qui rend la situation difficile. Je partage l'avis selon lequel un débat public est nécessaire. Toutefois, ce débat n'aboutira jamais à un consensus. Il conviendra par conséquent d'entériner les décisions en les affirmant dans une volonté politique forte. Ces dernières ont en effet des conséquences économiques et financières. Il est par conséquent nécessaire de se doter des moyens de les appliquer. En d'autres termes, j'attends que nous écoutions les citoyens, que nous prenions des décisions et que nous nous donnions les moyens de les appliquer. Pour le moment ce n'est pas le cas.

DOMINIQUE POLTON

Nous nous efforçons de contribuer à la production régulière de statistiques en soutenant financièrement l'appariement de l'échantillon des bénéficiaires avec les données de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Nous espérons pouvoir fournir à tous les chercheurs des données régulières sur les parcours professionnels et les données de santé qui peuvent y être afférées. Cela pourra contribuer au paysage des outils pérennes dans ce domaine.

NICOLE MAESTRACCI

Si nous voulons pouvoir débattre publiquement des inégalités de santé, nous devons en faire un objet politique. Pour ce faire nous devons mobiliser un certain nombre de méthodes que nous n'avons pas encore utilisées aujourd'hui. Nous avons un travail important à faire de mise à disposition transparente des données, de pédagogie et de recours à des groupes de pression. Aujourd'hui, le débat interministériel n'a jamais été aussi pauvre. La RGPP s'organise ministère

par ministère et n'incite pas à poursuivre des objectifs interministériels. Or, la question des inégalités de santé est totalement interministérielle. Elle doit être liée à une réforme d'organisation qui permette cette approche. Or, actuellement, la politique intersectorielle n'est qu'un vœu pieu.

De la salle

Je reviens sur la question des agences régionales de santé. J'ai été très intéressé par la remarque de Monsieur Saout qui estimait qu'il était préférable de se concentrer sur quelques priorités. Il me semble en effet que réduire nos ambitions à quelques maladies importantes fréquentes pourrait nous permettre d'entrer dans le détail des inégalités et d'en tirer des conséquences pratiques.

JEAN-FRANÇOIS GIRARD

Je remercie les intervenants de s'être livrés à cet exercice difficile. Je laisse à présent à Sir Michael Marmot la responsabilité de conclure cette journée.



Conclusions

Nous avons entendu aujourd'hui un certain nombre de points apparemment contradictoires. J'ai commencé par dire que nous avons besoin de regarder le gradient, c'est à dire de regarder l'ensemble des catégories sociales, et ce point a été soutenu par Thierry Lang. D'autres ont dit que nous devrions nous concentrer sur les défavorisés et ne pas réduire à néant ce qu'ils avaient fait tout au long de leur vie. Ils voulaient que l'accent soit mis sur le diabète, les maladies cardiaques et l'alcool. Une analyse précédente des inégalités de santé en Grande Bretagne a conclu que si nous pouvions améliorer la santé des plus démunis, nous éviterions 17 000 décès par an—il y a très peu d'actions qui permettraient d'éviter 17 000 décès par an. Notre rapport va dire que les personnes dont le niveau d'éducation est inférieur au niveau universitaire pourraient potentiellement avoir le même taux de mortalité que les personnes qui bénéficient d'un niveau d'éducation universitaire. Ce postulat semble raisonnable, et cela préviendrait 200 000 décès prématurés chaque année. Voulons-nous vraiment nous focaliser sur les pauvres et ignorer tous les autres ? Est-ce que nous ne voulons pas parvenir à ce que tout le monde ait le niveau de santé et de bien-être de ceux qui ont obtenu un diplôme universitaire ? Cependant, cela ne veut pas dire que nous devrions négliger les exclus. Dans le rapport, nous parlons d'un universalisme progressif et d'avoir des politiques universelles qui s'appliquent à tous. La Grande Bretagne a le National Health Service, qui représente pour certains d'entre nous une expression de la solidarité sociale. En fait, avoir des services de santé qui sont, en principe, accessibles à tous est la meilleure expression que nous ayons eu d'un capital social.

Néanmoins, nous avons besoin de travailler plus intensément sur ceux qui sont socialement exclus. Nous avons appris qu'il y avait 3 millions de personnes dont les conditions d'habitat sont inadéquates et nous devons travailler pour inclure tout le monde dans des politiques universelles. Pour la plupart des pays, il est jugé souhaitable d'avoir un système d'éducation universel. En Grande Bretagne, une petite proportion des gens est dans le secteur privé, et ce que nous voulons vraiment est que les standards soient élevés pour tous dans le secteur public. Nous avons également besoin de travailler plus intensément sur le niveau préscolaire et sur le développement précoce des enfants pour inclure les gens dans le système.

Des oppositions entre les services médicaux et les déterminants plus larges de la santé ont également été évoquées. Comme nous l'avons dit, une réunion sur les inégalités sociales de santé qui rassemble principalement des personnes qui appartiennent au système médical représente un paradoxe. Comme l'a dit le Professeur Houssin, la plupart des actions doivent être menées en dehors du secteur médical. Toutefois, cela ne veut pas dire que ce que nous faisons dans le secteur médical est sans importance, et je voudrais suggérer que nous avons trois rôles.

Dernières remarques

Michael Marmot,

Président de la Commission « Déterminants sociaux de la Santé » de l'OMS

We heard a number of apparently opposing points today. I started by saying that we needed to look at the gradient, which means looking across the board, and this was supported by Thierry Lang. Others have said that we should focus on the deprived and not negate everything that they had done throughout their lives. They wanted the focus to be on diabetes, heart disease and alcohol. A previous review of health inequalities in Britain said that if you could improve the health of the worst off, you would have 17,000 fewer deaths each year - there are very few things that would save 17,000 lives a year. Our report will say that people who have lower than university degree-level education could potentially have the same mortality rate as people with degree-level education. That does not seem to be a gross assumption and it would prevent 200,000 premature deaths each year. Do we really want to focus on the poor and ignore everyone else? Do we not want everybody to have the health and wellbeing of those with a university degree? However, that does not mean that we should ignore the socially excluded. In the report, we talk about progressive universalism and having universal policies that apply to everybody. Britain has a National Health Service, which for some of us is an expression of social solidarity. In fact, having a health service that, in principle, applies to everyone is the best expression that we have had of social capital.

However, we need to work harder on the socially excluded. We heard that there were 3 million people whose housing is inadequate and we need to work to bring everyone into universal policies. For most countries, a universal education system is the right thing to have. In Britain, a small proportion of people are in the private sector and what we really want is for standards in the public sector to be high for everybody. We also need to work harder in the area of pre-school and early child development to bring people into the system.

There was also the opposition between medical care and the wider determinants of health. As was said, having a meeting on social inequalities in health with mainly just medical people present is a paradox. As Professor Houssin said, most of the action needs to be outside the medical sector. However, that does not mean that what we do in the medical sector is unimportant, and I would suggest that we have three roles.

Premièrement, nous devons mettre notre propre maison en ordre, garantir un accès universel, et mettre plus l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. En second lieu, nous, dans le secteur de la santé, sommes ceux qui nous préoccupons le plus de la santé, mais de façon paradoxale nous n'avons pas la main sur les leviers qui affectent la santé et l'équité en santé. Nous devons donc défendre la nécessité de mener des actions dans les autres secteurs, que ce soit au niveau des ministres au sein du gouvernement, au niveau des administrations centrales ou au premier niveau des services de santé. En troisième lieu, il y a l'importance de la connaissance et de la compréhension. Connaître l'importance du problème est un outil extrêmement puissant—les connaissances ont réellement un impact. Suivre l'évolution de la situation et mener les recherches nécessaires est donc vraiment important.

J'étais à Bangkok avant Noël pour l'Assemblée Nationale de la Santé Thai, qui rassemble 140 organisations. Ils ont utilisé une phrase merveilleuse, qui évoquait « le triangle qui déplace la montagne ». L'un des coins du triangle représente la politique et le gouvernement, et le Premier Ministre était présent pour faire l'ouverture du colloque. Une des questions posées aujourd'hui portait sur la place respective du niveau central et du niveau local. Nous avons besoin du centre, et de la politique et du gouvernement. C'est une partie du triangle. La deuxième partie représente les gens—l'action sociale et ce qui se passe au niveau local en ce qui concerne ce que les gens souhaitent, le travail avec les communautés, et le renforcement des capacités autonomes. Lors de cette Assemblée, un philosophe provenant d'un village est intervenu sur le sujet de l'action sociale. La troisième partie du triangle représente la connaissance—le secteur universitaire, la recherche, et la surveillance/le suivi de la situation. Si nous réunissons ces trois composantes, nous pouvons déplacer les montagnes.

Bien sûr, nous n'en savons pas assez et nous avons besoin de continuer à mener des travaux de recherche. Néanmoins, ce que nous avons essayé de faire dans le rapport de la Commission consistait à rassembler les connaissances dont nous disposons et dont nous pensons qu'elles donnent des bases claires pour agir. Dans l'analyse des inégalités de santé au Royaume Uni, nous avons demandé aux meilleurs universitaires que nous avons pu trouver de rassembler des connaissances dont nous pensons qu'elles donnent une base suffisante pour agir. Dans les six domaines que j'ai présentés ce matin, nous pensons que nous pouvons dire que si des actions étaient mises en œuvre, cela produirait une différence réelle, que ce soit dans le domaine du développement des jeunes enfants, de l'éducation, des conditions de travail, des conditions de vie pour les plus désavantagés ou le développement des communautés et de l'habitat.

Enfin, les conclusions de la Commission et de l'analyse des inégalités en Angleterre sont que si nous voulons réduire les inégalités de santé, nous devons construire une société plus équitable, bâtie sur les principes de justice. Les trois principes de justice qui pourraient être pris en compte sont les suivants. Premièrement, il y a la maximisation du bien-être pour tous. Toutefois, je ne suis pas très satisfait de ce premier point, parce que les principes utilitaristes ne prennent pas toujours en compte la distribution de l'utilité dans la société. Ensuite, il y a la garantie des libertés individuelles pour tous, et j'ai parlé de la création des conditions qui permettent aux gens de prendre le contrôle de leur propre vie. Le troisième principe remonte à Aristote et fait référence au type de société que nous voulons. De mon point de vue, si nous pouvions créer les conditions permettant à chacun de mener une vie épanouie, je peux garantir, en m'appuyant sur les connaissances disponibles, que les inégalités de santé diminueraient.

Firstly, we need to put our own house in order and guarantee universal access, and have more emphasis on prevention and health promotion. Secondly, we, in the health sector, are the people who care most about health, but paradoxically we do not have our hands on the levers that affect health and health equity. We therefore need to be advocates for action across other sectors, whether it be at Ministerial level in the Cabinet, at senior civil servant level or at primary care level. Thirdly, there is the importance of knowledge and understanding. Knowing the magnitude of the problem is extremely radical – evidence really matters. Monitoring and doing the research is therefore very important.

I was in Bangkok before Christmas for the Thai National Health Assembly, which brings together 140 organisations. They had a wonderful phrase there, which went ‘the triangle that moves the mountain’. One corner of the triangle is politics and Government, and the Prime Minister was there to open the session. We had the question today of how much should be central and how much local. We need the centre and politics and Government. That is one part of the triangle. The second part is people – social action and what happens locally as regards what people want, working with communities, and empowerment. At the Assembly, they had a philosopher from a village talking about social action. The third part of the triangle is knowledge – the academic sector, research and monitoring. If we get those three parts together, we can move mountains.

We do not, of course, know enough and we have to continue to do research. However, what we have attempted to do in the Commission’s report has been to bring together the knowledge we have that we feel provides a clear basis for action. In the inequalities review in the UK, we asked the best academics we could find to bring together the knowledge that we think is a sufficient basis for action. In the six areas that I laid out this morning, we think that we can say that if action were to be taken, it would make a real difference, be it in early child development, education, working conditions, living standards for the worse off or the development of communities and housing.

Finally, the view of the Commission and of the review of inequalities in England is that if we want to reduce health inequalities, we have to create a fairer society, built on principles of justice. The three principles of justice that could be considered are as follows. Firstly, there is maximised well-being for everyone. However, I do not feel very happy with that because there are utilitarian principles that do not look at distribution. Secondly, there is the guarantee of freedoms for everyone, and I talked about creating the conditions for people to take control of their own lives. The third principle goes back to Aristotle and relates to the sort of society that we want. In my view, if we could create the conditions for everyone to lead flourishing lives, I guarantee, based on evidence, that health inequalities would diminish.



Conclusion

Fadela Amara, Secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville, auprès du ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique



Madame la Ministre, Monsieur le Professeur,
Madame, Monsieur, les Directeurs et Directrices
Madame, Monsieur,

Je suis très heureuse d'être parmi vous.

Ma présence à vos côtés, au sein du ministère de la santé, prouve l'importance que j'accorde à la santé et à l'enjeu qui nous rassemble, aujourd'hui. Cet enjeu est de taille, car la réduction des inégalités de santé nécessite une mobilisation de grande ampleur.

La route est longue et pourtant la fracture sanitaire dans les ZUS, elle, est là.

On retrouve des différences dans pratiquement tous les domaines de la morbidité, qu'il s'agisse des maladies cardio-vasculaires ou du cancer, en passant par les accidents, les problèmes dentaires et la santé mentale.

Tout cela n'est plus acceptable aujourd'hui dans notre pays.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique n'avait que trop faiblement abordé la question de la santé publique de proximité. C'est un écueil que la loi HPST a évité en proposant des dispositifs de santé de proximité dans le corps même de son texte : maisons de santé pluridisciplinaires, pôle de santé, contrat local de santé, autant de mesures susceptibles de réduire les inégalités de santé.

Le temps législatif étant aujourd'hui fini, le temps de l'action et de la mise en place des dispositifs de santé de proximité doit commencer.

Le Secrétariat d'Etat à la ville ne peut plus aujourd'hui, porter seul cet enjeu fondamental pour la cohésion nationale. Il est temps que l'interministérialité et le retour du droit commun deviennent une réalité pour l'avenir de la santé de nos concitoyens.

C'est dans cette perspective qu'un partenariat solide entre le Ministère de la Santé et le Secrétariat d'Etat à la Ville doit être pérennisé.

Nous allons travailler avec Roselyne BACHELOT et son cabinet à accélérer la réduction des inégalités de santé pour l'année 2010 et à déployer les dispositifs de proximité que sont les maisons de santé pluridisciplinaires et les ateliers santé ville.

Notre champ d'action doit se situer à la fois au niveau du soin et au niveau de la prévention.

Concernant le soin

Dans les quartiers prioritaires, les maisons de santé pluridisciplinaires permettront de réduire la fracture sanitaire des ZUS en offrant des soins de proximité de premier recours. Leur déploiement permettra de traiter plus vite et plus globalement les pathologies du quotidien, en évitant le recours systématique aux urgences des hôpitaux.

Nous allons travailler avec le Ministère de la Santé à lever les deux points bloquants de cette mesure essentielle pour la santé de proximité à savoir : le financement de l'investissement et le recrutement des professionnels de santé.

Concernant la prévention

Le maillage du territoire par les ASV peut constituer un vrai support pour le contact avec les populations en situation précaire et les habitants des ZUS. Le positionnement des ASV sera complémentaire aux maisons de santé.

Les ASV, par leur proximité du citoyen en situation précaire, par leur capacité à répondre concrètement aux exigences socio-culturelles et par leur maillage national, peuvent contribuer à assurer un vrai relais pour atteindre les objectifs fixés par le Président de la République en matière d'égalité des chances en général et de santé en particulier.

Nous allons travailler avec le Ministère de la Santé à rendre plus efficace le dispositif des ASV en matière de prévention et de dépistage. Pour cela il serait sans doute souhaitable d'assurer un pilotage ou une coordination nationale des ASV.

Enfin il est nécessaire que la santé de proximité soit intégrée dans la mise en place des Agences Régionales de Santé pour que les approches hospitalières et ambulatoires convergent et deviennent une réalité au service de tous nos concitoyens.

Sachez que je ferai tout pour que la politique régionale de santé ne soit pas déconnectée de la politique de santé menée au niveau local. Je souhaite que les futures agences régionales de santé soient signataires des contrats urbains de cohésion sociale, et que la réduction des inégalités de santé soit un objectif inscrit à leur feuille de route.

Je ferai également tout pour pérenniser la collaboration entre l'Etat et les collectivités territoriales dans le domaine de la santé.

Parce que la santé pour tous est un pilier incontournable de la cohésion sociale, nous ne pouvons plus nous satisfaire d'objectifs car c'est de résultats dont ont besoin les quartiers prioritaires aujourd'hui.

Vous l'aurez compris, la santé est l'une de mes priorités, et je compte sur vous pour qu'ensemble nous réduisions les inégalités sociales et territoriales de santé.

Je vous remercie.



Conclusion

Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports



Madame la ministre, chère Fadela,

Monsieur le directeur général de la santé, cher Didier Houssin,

Monsieur le directeur de l'institut de recherches en santé publique, cher Alfred Spira,

Monsieur le président du haut conseil de la santé publique, cher Roger Salamon,

Mesdames et messieurs, chers amis,

Je voudrais tout d'abord remercier la DGS qui a organisé, à ma demande, pour ouvrir l'année, ce colloque, ainsi que l'institut de recherche en santé publique pour son précieux concours.

Je remercie l'ensemble des experts mobilisés pour cette journée de travail, mais aussi les membres de la table ronde, haut commissaire, élus nationaux et territoriaux, responsables associatifs et institutionnels, invités à exprimer leurs attentes.

Merci à tous, très chaleureusement, d'avoir ainsi accepté de participer à ces travaux.

Le temps n'est plus simplement au constat mais à l'action.

Nos politiques de santé doivent désormais se définir comme des politiques de justice.

Les objectifs de la prochaine loi de santé publique, en ce sens, ne devraient pas simplement intégrer, parmi d'autres impératifs, la nécessité de réduire les inégalités de santé. Ces objectifs reformulés devront être déterminés par une ambition structurante : modifier les déterminants de l'accès aux soins, à la prévention, au dépistage.

Cependant, énoncer un principe ne suffit pas. Pour agir efficacement, il faut disposer de moyens appropriés. Quels sont-ils ?

Comme vous l'avez souligné, il nous est d'abord nécessaire de disposer d'indicateurs de santé qui tiennent compte des inégalités sociales et territoriales. L'heure n'est plus, en effet, à la formulation d'objectifs généraux visant indifféremment l'ensemble de la population. Les politiques de santé à spectre large, s'adressant à tous, parce qu'elles atteignent toujours en priorité les personnes les mieux informées et les mieux formées, ont démontré leurs limites. Pour être plus justes dans leurs effets, les actions engagées doivent être mieux ciblées. L'excès de généralité est toujours un défaut de justice. L'imprécision de nos indicateurs constitue en ce sens une carence préjudiciable, occultant l'inégal partage du progrès accompli en matière de bien-être et d'espérance de vie.

Ainsi, je partage le souci exprimé par le haut conseil de santé publique de combler les carences de l'information statistique dans notre pays. Comment mettre en œuvre les moyens appropriés pour réduire les inégalités sans disposer, par exemple, de l'indispensable préalable de données organisées par professions et catégories socioprofessionnelles ? Comment lutter contre les inégalités territoriales de santé sans l'appui d'indicateurs permettant leur identification et la compréhension de leurs déterminants ?

Le développement de la recherche en santé publique, adossé à une évaluation rigoureuse, doit être ici le support d'une action concrète qui, pour être efficace, requiert d'être mené au plus près des personnes, de leurs besoins et de leurs attentes.

Ainsi, les politiques de santé ne sauraient se réduire à des politiques d'offre, comme l'expérience nous l'a appris. Leur efficacité suppose même une compréhension fine des déterminants, collectifs aussi bien qu'individuels, de la demande de soins et de prévention. L'égalité d'accès aux soins n'assure pas à elle-seule l'égalité de santé.

Pour réaliser l'objectif de justice poursuivi, il est sans doute nécessaire de mener une politique explicite de réductions des inégalités sociales de santé. Cette volonté doit s'afficher clairement.

La lutte contre l'inégalité constitue d'ores et déjà un impératif cardinal du plan cancer ou encore, par exemple, du plan santé environnement récemment mis en œuvre par le gouvernement : elle a tout naturellement vocation à devenir le principe général d'une prochaine loi de santé publique.

Bien entendu, il conviendra en ce sens d'infléchir les modalités d'intervention de la puissance publique, en s'inspirant notamment de l'expérience acquise par les associations de patients.

Pour mieux comprendre les déterminants de la demande sociale, et pouvoir ainsi engager, en contact direct avec les populations, des actions locales adaptées, l'appui des sciences humaines, faut-il encore le souligner, paraît également essentiel. La transversalité des enjeux impliqués implique ici une approche transdisciplinaire. L'intersectorialité des politiques de santé suppose le préalable d'une vision globale permettant de fédérer toutes les énergies.

Dans cette perspective, le ministère de la santé n'a pas vocation à imposer aux autres ministères des priorités qui seraient les siennes, mais plutôt à faire valoir les répercussions sanitaires des politiques engagées par ailleurs. Les causes qui font qu'un si grand nombre d'inégalités de santé subsistent dans notre pays sont bien loin d'être toutes sanitaires. Les leviers qui permettront d'agir sur ces causes pour en réduire l'effet ne sont pas seulement sanitaires. Les politiques

d'emploi, d'éducation, de transport ou encore d'urbanisme, ont des effets considérables sur les déterminants sociaux de santé, comme l'a d'ailleurs montré la commission de l'OMS présidé par Sir Michael Marmot.

Ainsi, le ministère de la santé doit-il être en la matière l'aiguillon d'une prise de conscience partagée et le promoteur d'un effort global. Vous pouvez compter sur mon implication dans cette voie.

L'évaluation de l'impact sur la santé de toutes les politiques est aujourd'hui une nécessité. Parce qu'elle est l'affaire de tous, la santé ne saurait rester le domaine réservé d'experts spécialisés, ni même la préoccupation exclusive d'un secteur dédié. Les objectifs de santé publique, pour être effectivement atteints, doivent être intégrés à toutes les politiques. Il apparaît, à cet égard, nécessaire d'évaluer désormais autrement l'indice de développement des nations. Les seuls critères de croissance et d'enrichissement global ne suffisent plus. En intégrant la mesure du bien-être et de l'espérance de vie aux indices du développement humain, c'est une conception plus exacte et plus juste du progrès qui s'imposerait à tous. Ce changement de paradigme serait alors susceptible de stimuler l'action publique et d'infléchir durablement le sens de nos politiques de santé.

Faire de la réduction des inégalités de santé une priorité partagée, c'est faire prévaloir une approche moins cloisonnée, plus dynamique mais aussi plus interactive des questions de santé.

Les experts, par leurs compétences agrégées, et les associations de patients, par leur engagement historique, ont établi les conditions d'une évolution qu'il convient désormais d'accélérer.

J'attends, à cet égard, avec impatience, le rapport final du haut conseil de santé publique qui sera remis en mars. La prochaine loi devrait ainsi tirer sa substance de l'analyse précise de recommandations dont un premier pré-rapport donne d'ores et déjà l'avant-goût.

Ainsi, il apparaît nécessaire d'élargir les problématiques des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble, sans pour autant détourner notre attention des problèmes de santé spécifiques que rencontrent les plus fragiles. Reprenant les propositions pertinentes des experts, et pour mieux répondre aux attentes des patients, nous saurons aussi, bien entendu, nous inspirer des actions initiées dans d'autres pays européens.

Il apparaît ainsi globalement, quelles que soient les spécificités nationales de chacun, que la réduction des inégalités de santé suppose sans doute de lever les obstacles financiers à l'accès aux soins, mais que cette condition nécessaire n'est pourtant pas suffisante.

En effet, l'inégalité d'information n'est pas le moindre déterminant des inégalités de santé. C'est pourquoi il conviendra d'accorder une attention scrupuleuse non seulement aux modalités du « faire-savoir » mais aussi à la formation des individus qu'il faut préparer dès l'enfance à prendre en main leur santé, de manière à éviter la reproduction sociale des inégalités d'une génération à l'autre. La demande de soins, de prévention et de dépistage, comme le désir de savoir, ne se présuppose pas. Elle se construit pas à pas et se forge dans un rapport à soi, de son propre corps, qui relève de l'acquis. L'égalité de droit dans l'accès aux soins ne suffit pas à établir, en effet, une égalité de santé effective. C'est pourquoi il paraît urgent aujourd'hui d'agir en se donnant les moyens de promouvoir aussi une plus grande égalité des chances.

Cette nouvelle approche des questions de santé emprunte beaucoup aux théories de la justice qui inspirent d'ores et déjà un certain nombre de réformes, notamment en matière d'éducation.

L'analogie ici établie n'est pas un pur exercice de style. La santé, comme l'éducation, ne sont pas tout à fait des politiques comme les autres. Elles supposent un investissement au long cours et s'inscrivent par destination dans une logique de prévention contre les inégalités.

L'enjeu est de taille. Il s'agit, en effet, d'éviter un risque réel d'emballlement des inégalités.

L'objectif initial de l'Etat providence était de protéger nos concitoyens contre les risques de l'existence. Il convient désormais de réduire les inégalités là où elles se créent, là où elles se creusent. Il s'agit non plus seulement de corriger après-coup les inégalités produites, mais de les empêcher de se forger en amont.

Ce programme ambitieux dont votre réflexion a permis d'esquisser les grandes lignes, requiert sans doute une « réinvention de l'intervention publique », nous invitant d'un côté à concentrer nos moyens d'action là où les inégalités se forment, et, de l'autre, à s'appuyer toujours davantage sur l'engagement associatif au plus près des personnes dont le capital santé est le plus faible.

C'est bien, en effet, en faveur de l'égalité des chances devant la santé qu'il convient désormais d'agir, tout en sachant emprunter des méthodes innovantes, délestées de toute forme de paternalisme sanitaire, pour relever ce nouveau défi. Votre expertise, tout comme l'implication active des associations de patients, devraient utilement éclairer les pouvoirs publics pour avancer dans cette voie.

Soyez assurés que je saurai, pour ma part, me laisser inspirer par vos recommandations.

Je vous remercie.

Annexes

Références (liens internet)

Comité Scientifique



Références (liens internet)

Présentation du colloque sur le site de l'IReSP :

<http://www.iresp.net/index.php?goto=valorisation&rub=cs>

[Dernière consultation le 05/04/10]

Commission de l'organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008.

En ligne : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html

[Dernière consultation le 05/04/10]

Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010 (Marmot Review) :

En ligne : <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview>

[Dernière consultation le 05/04/10]

European Portal for Action on Health Equity [documents des projets européens DETERMINE]

En ligne : <http://www.health-inequalities.eu/>

[Dernière consultation le 05/04/10]

Basset B. (ed.). *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : INPES, Coll. Dossiers Varia. 2009 : 203 p

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>

[Dernière consultation le 05/04/10]

Diaporama «Pourquoi inscrire la question des inégalités sociales de santé (ISS) à l'agenda régional ?»

En ligne : http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2009/pdf/iss_ars.ppt

[Dernière consultation le 05/04/10]

Haut Conseil de la santé publique : *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Décembre 2009

En ligne : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf

[Dernière consultation le 05/04/10]

Inpes : Journées de la prévention 2008. Session 2, Stratégies d'action pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

En ligne : <http://jp08.inpes.sante.fr/thm-session02-1.php>

[Dernière consultation le 05/04/10]

Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé - Québec 17-18 Novembre 2008.

Education Santé N°245 (Mai 2009)

En ligne : <http://www.educationsante.be/es/sommaire.php?dem=245>

[Dernière consultation le 05/04/10]



Comité Scientifique

Pierre Arwidson - Chef du service, Etudes et Evaluations de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Martine Bungener - Directrice du Centre de recherche médecine, sciences, santé et société unité mixte Inserm/CNRS/EHESS et co-directrice de l'Institut Santé Publique

Chantal Cases - Directrice de l'Institut National d'études démographiques, membre du Haut Conseil de la santé publique

Pierre Chauvin - Directeur de recherche, Université Pierre et Marie Curie, UMRS Inserm 707 « Epidémiologie, système d'information et modélisation », membre du Haut Conseil de la santé publique

Alain Fontaine - Mission Stratégie et Recherche, Direction générale de la santé

Marcel Goldberg - Professeur de Santé Publique, Université de Versailles-Saint Quentin, UMR Inserm 687 « Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé », membre du Haut Conseil de la santé publique

Isabelle Grémy - Directrice de l'Observatoire Régional Ile de France, membre du Haut Conseil de la santé publique

Thierry Lang - Professeur de Santé Publique, Université Toulouse III, UMR Inserm 558, Directeur de l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société, membre du groupe WHO/OMS Scientific Resource Group on Equity Analysis and Research et Président du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique

Annette Leclerc - Directrice de recherche à l'UMR Inserm 687 à Villejuif, « Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé », membre du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique

Nicole Maestracci - Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale

Marc Morel - Directeur du Collectif inter associatif sur la santé

Christian Saout - Président de la Conférence Nationale de Santé

Alfred Spira - Professeur de Santé Publique et d'épidémiologie, Université Paris Sud, Directeur de l'Institut de Recherche en Santé Publique

COORDINATION

Hélène Lacroix - Chargée de mission à l'Institut de Recherche en Santé Publique



SOINS **SANTÉ** RISQUES
ÉGALITÉ FACE À LA MALADIE **PRÉCARITÉ**
HANDICAP PRÉVENTION
MALADIE DÉPISTAGE **FRAGILITÉ** VIEILLESSE
ACCIDENT **JEUNES SOLIDARITÉ**
SANTÉ PRÉVENTION **RISQUES** ENVIRONNEMENT
MALADIE CHRONIQUE EXCLUSION **FRAGILITÉ**
VIE SOCIÉTÉ MALADIE
GENRE MÉDECIN TERRITOIRES
PRISE EN CHARGE PROXIMITÉ
HANDICAP ACCOMPAGNEMENT MODE DE VIE
TRAITEMENT PRÉVENTION
SYSTÈME DE SANTÉ
INTERSECTORIALITÉ