

Christian Baudelot

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

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 coeur 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 tentative 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 logement 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 essayera.

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 professions 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 moyenne.

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.

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 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 financières.

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. (Drees, Etudes et Résultats, n° 711, décembre 2009).

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.

**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 différentes. 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.

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 creusent (dernier rapport - décembre 2009 - du Haut conseil de la santé publique, p 30, rapport du Professeur Grünfeld sur le Plan Cancer, p. 77).

« 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 20<sup>e</sup> 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 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, etc, 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 1971 dans la revue *les Annales*<sup>1</sup>. Les passages 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 familier. 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 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

---

<sup>1</sup> Luc Boltanski, (1971). « Les usages sociaux du corps ». *Les Annales*, 1, 205-233.

(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 effrénée 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 médicaux. Il appartiendra au vingt et unième de veiller à ce qu'en soit bien ainsi pour tous.

Une dernière 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 ».

L'objectif final étant bien d'arriver groupés et en bonne santé au cimetière !



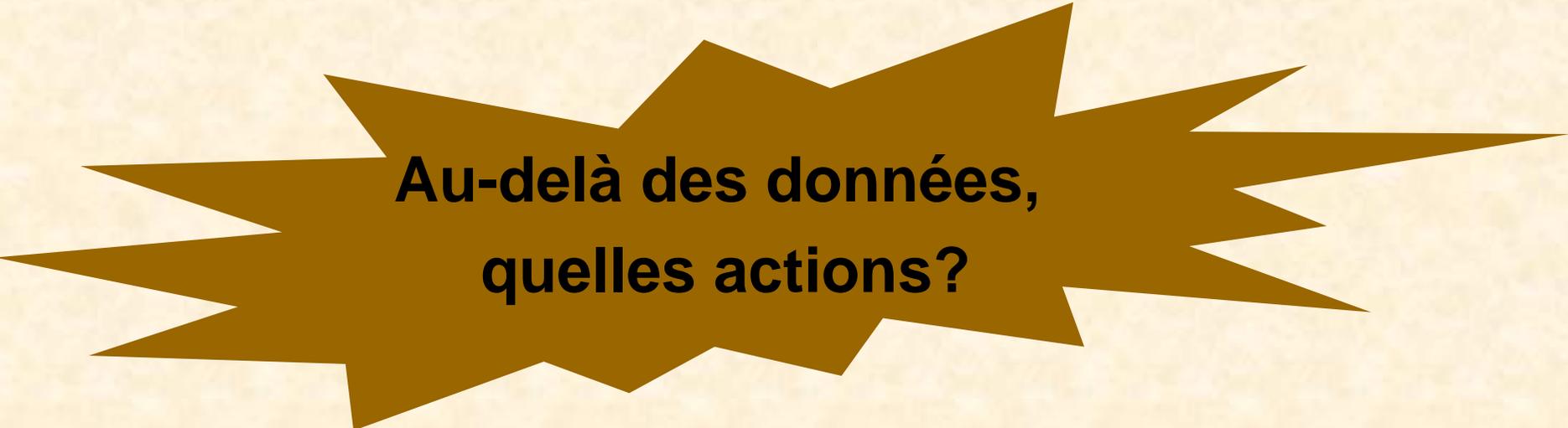
**CE QUE L'ON SAIT DES  
INÉGALITÉS SOCIALES DE  
SANTÉ en France**  
**permettant d'orienter des  
actions. L'exemple du rôle du  
travail**

**Annette Leclerc**

**INSERM Unité 687, Villejuif**

**« A 35 ans les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manoeuvres 34 ans seulement »**

**Desplanques, 1973**



**Au-delà des données,  
quelles actions?**

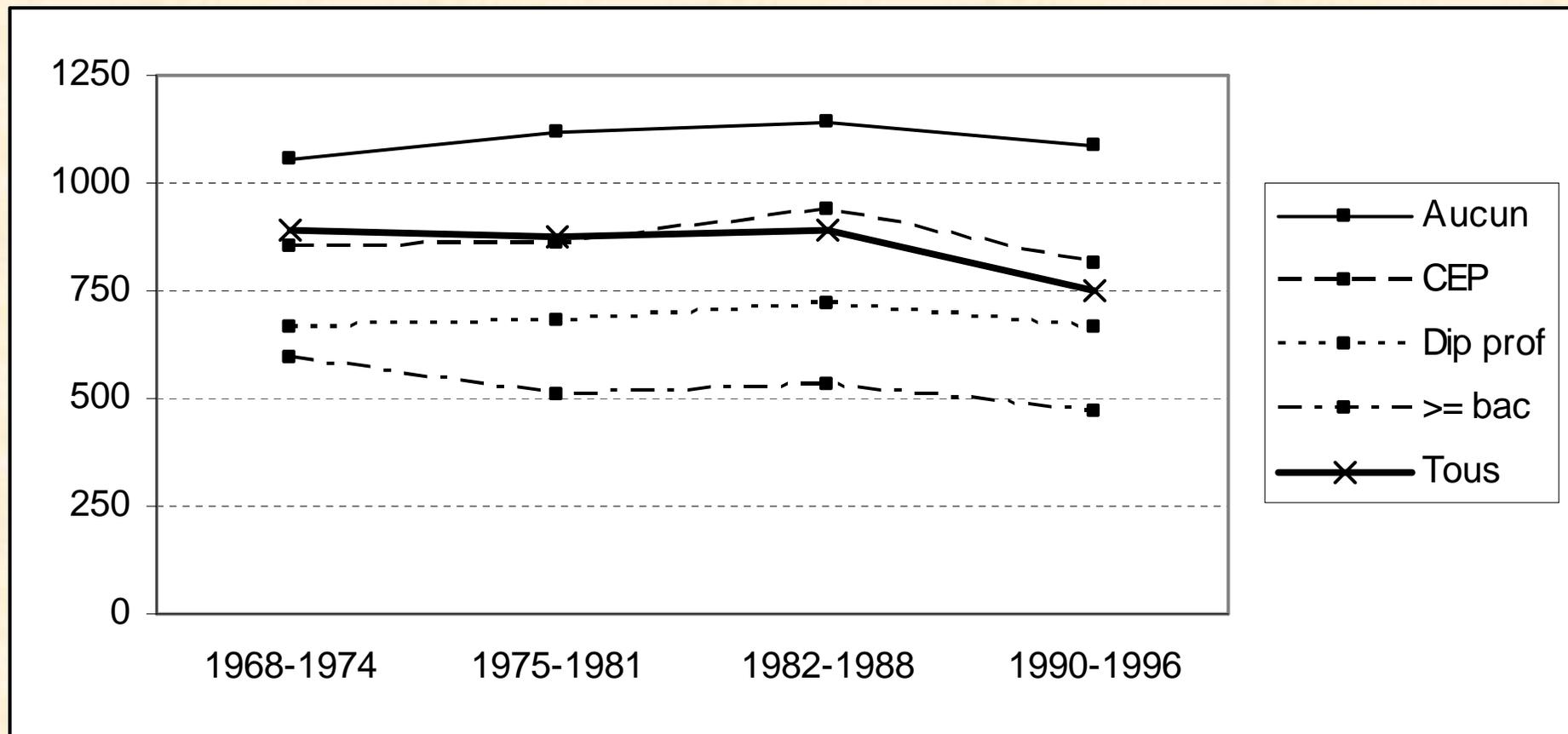
# **Ce que disent les données françaises.**

**Exemple de la mortalité générale et par  
causes, comparaisons dans le temps**

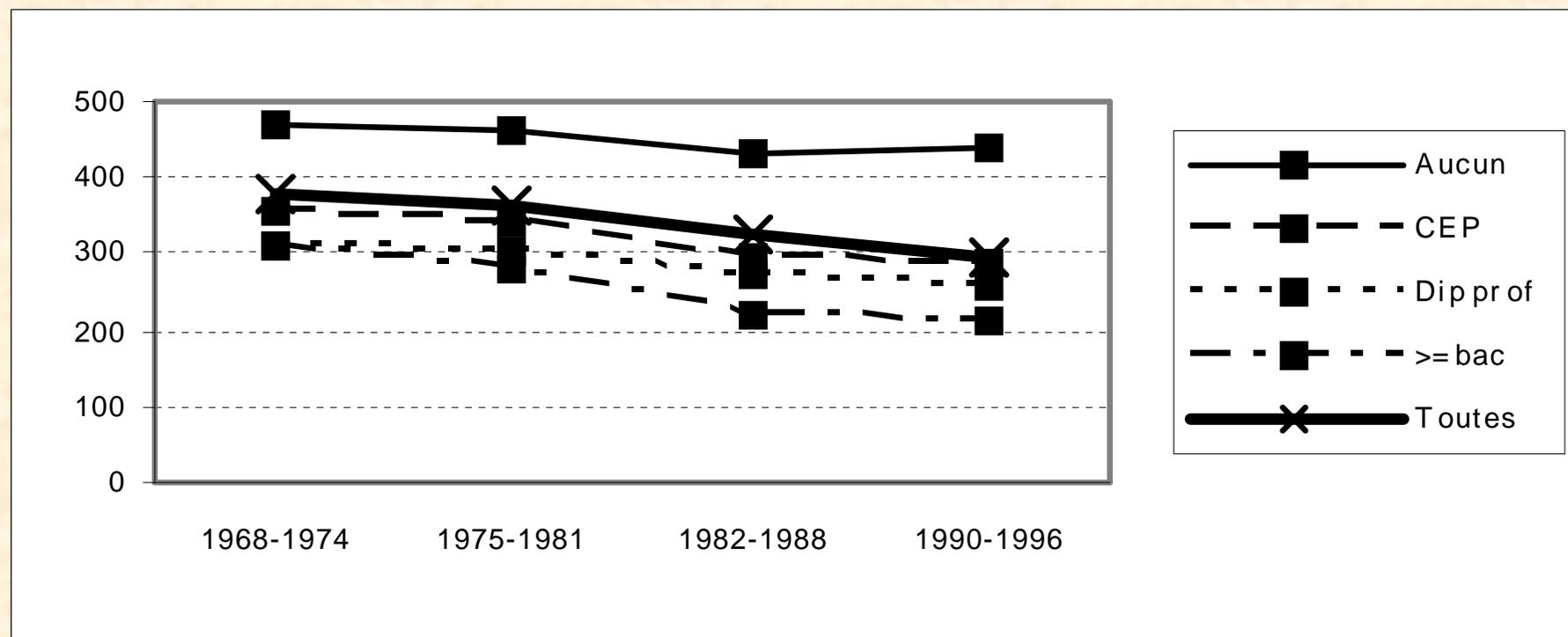
**Quelles actions pour réduire les  
inégalités? L'exemple des conditions  
de travail et d'emploi**

# Mortalité des hommes, 30-64 ans (taux pour 100000) selon le diplôme

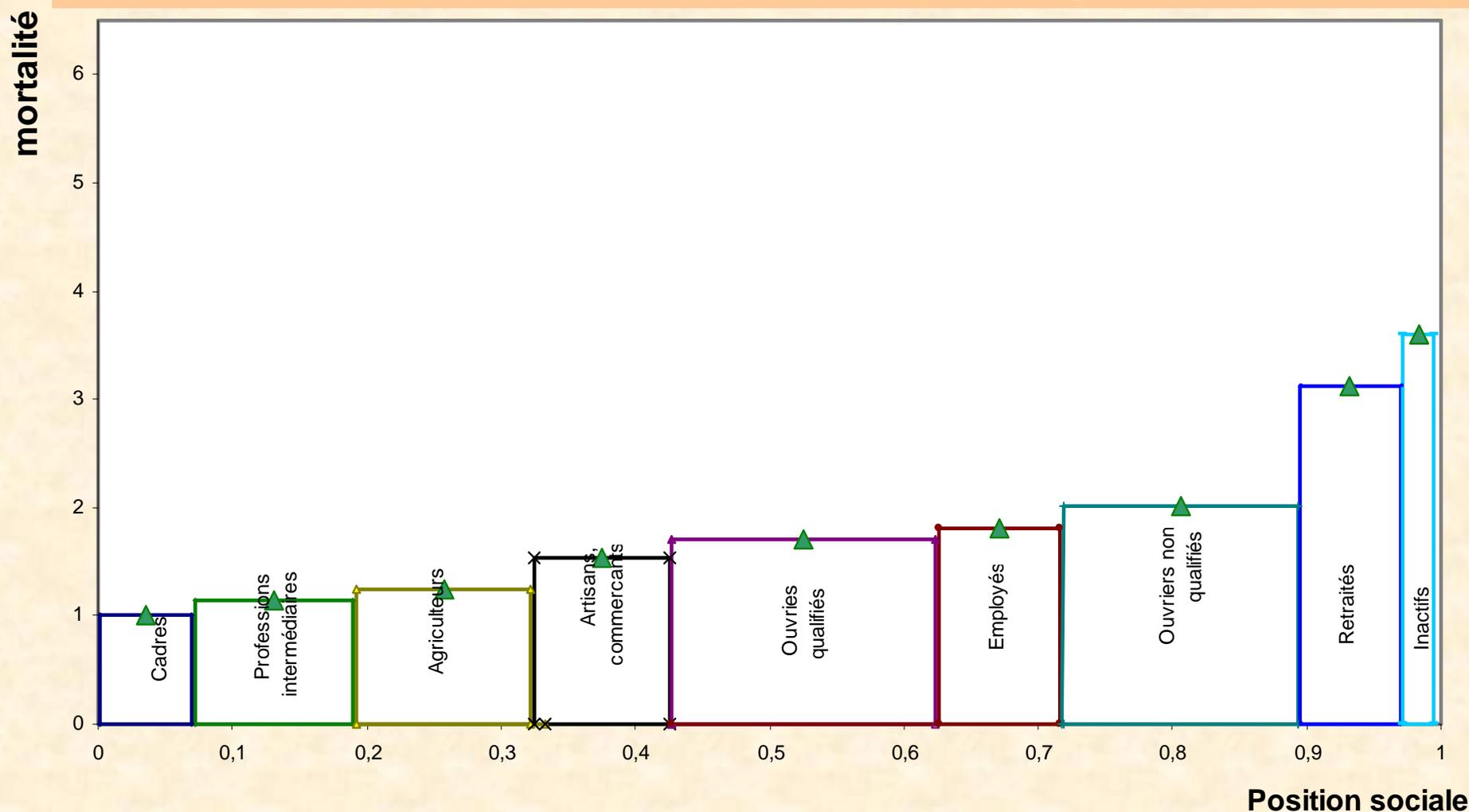
Source: Menvielle, RESP, 2007



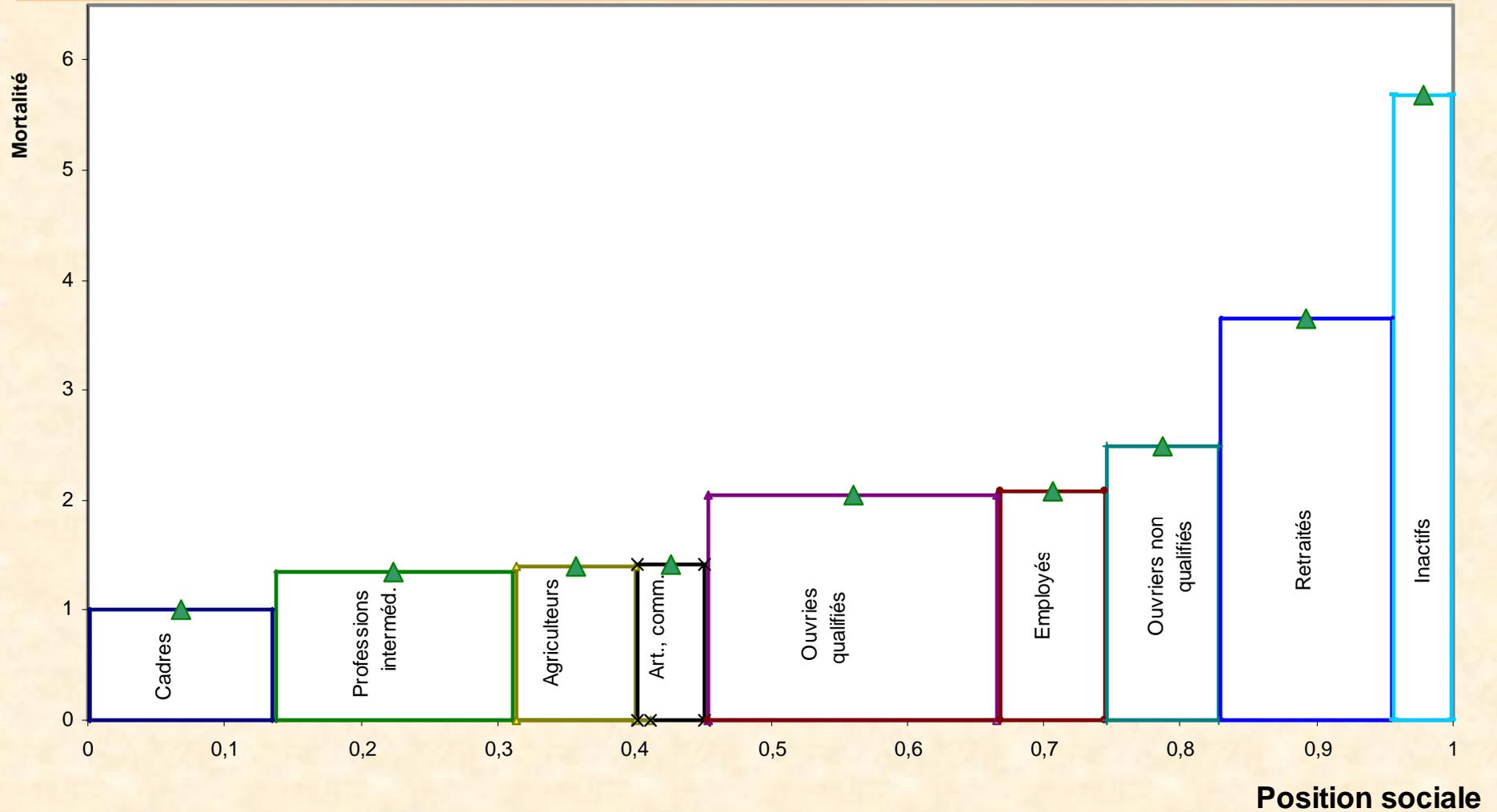
# Mortalité des femmes, 30-64 ans (taux pour 100 000) selon le diplôme



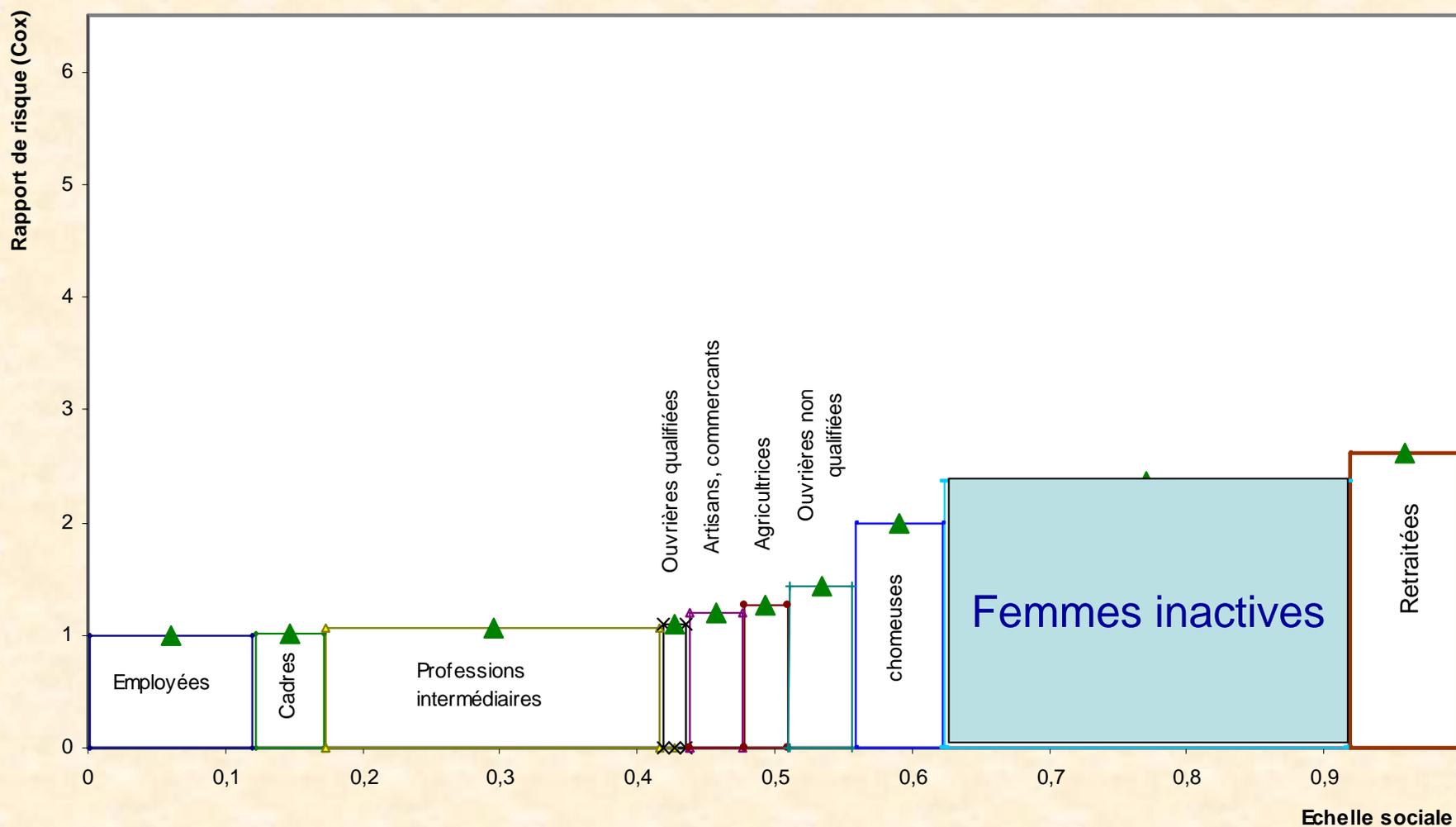
# Mortalité des hommes, période 1968-1974 selon la situation au recensement de 1968 (30-64 ans, ajusté sur l'âge)



# Mortalité des hommes, période 1990-1996 selon la situation au recensement de 1990 (30-64 ans, ajusté sur l'âge)



# Mortalité des femmes, période 1990-1996, selon la situation au recensement de 1990 ( 30-64 ans, ajusté sur l'âge)



# **Pourquoi la mortalité des femmes inactives est-elle si élevée?**

- ▶ **Les femmes « malades » ne travaillent pas? une explication très partielle**
- ▶ **La catégorie « femmes inactives » n'est pas homogène du point de vue de la mortalité, le risque varie selon.. le nombre d'enfants, « locataire ou propriétaire »...**  
*(Meijer, rapport INSEE, 2004)*
- ▶ **« Travailler » (dans de bonnes conditions) est favorable à la santé**

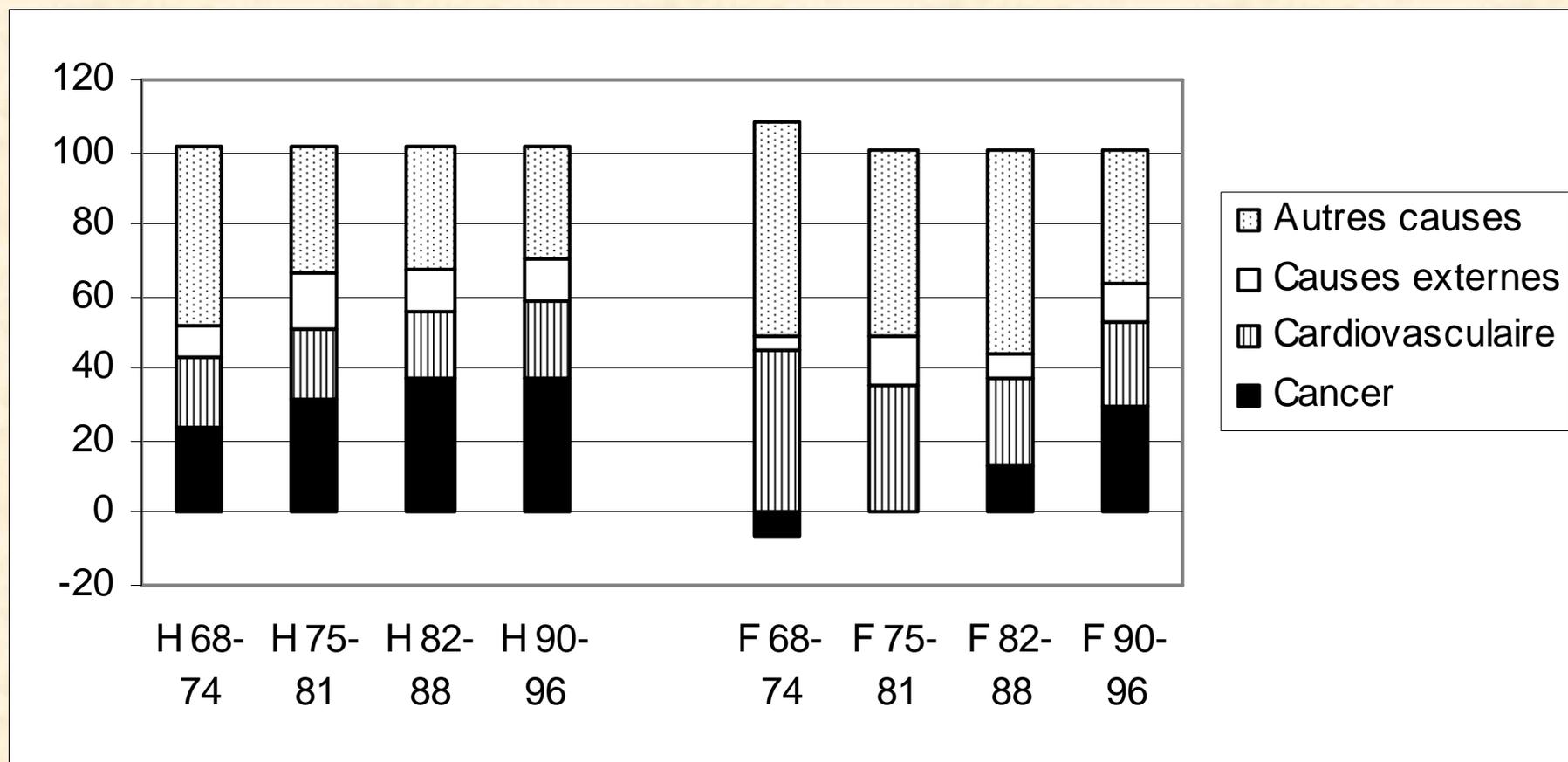
# Causes de décès à l'origine des inégalités

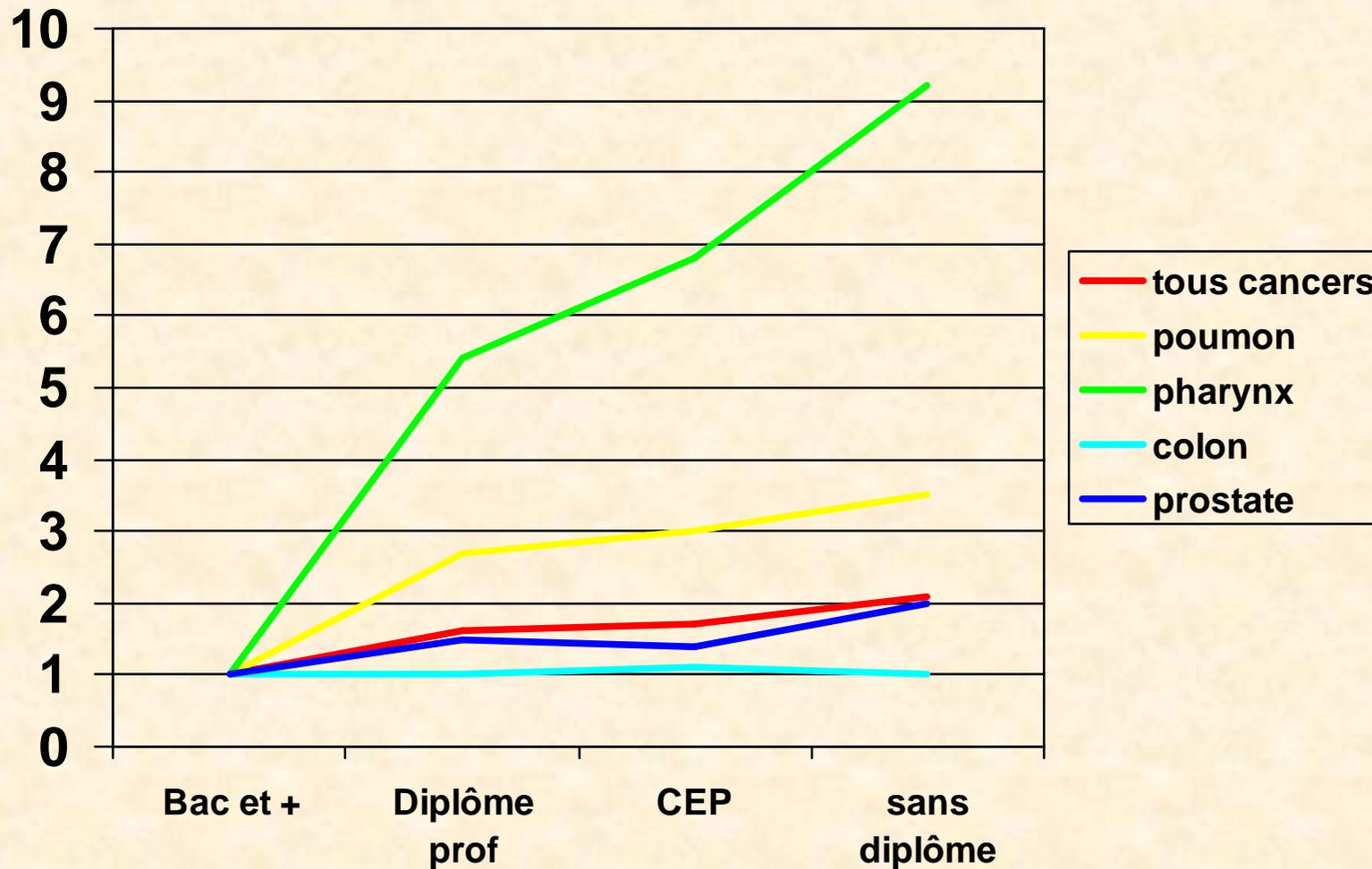
En pourcentage des décès en excès parmi les personnes sans diplôme

Référence: diplôme supérieur (source: Menvielle 2007)

## Hommes

## Femmes





**Cancers masculins : l'ampleur des inégalités de mortalité dépend du site de cancer**

Source: Menvielle 2005, Cancer Causes and Control

# La France et nos voisins européens

- ▶ L'importance des inégalités sociales de mortalité prématurée pour les hommes
  - ▶ Le poids du cancer et des décès liés aux consommations d'alcool
- sont une réalité depuis au moins 40 ans:

*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.*

**Que disent des données plus récentes, quelles évolutions?**

**Cancers des voies aérodigestives chez les hommes, évolution en lien avec une baisse de la consommation d'alcool ?**

**Cancer du sein chez la femme, l'évolution observée se poursuit-elle ?**

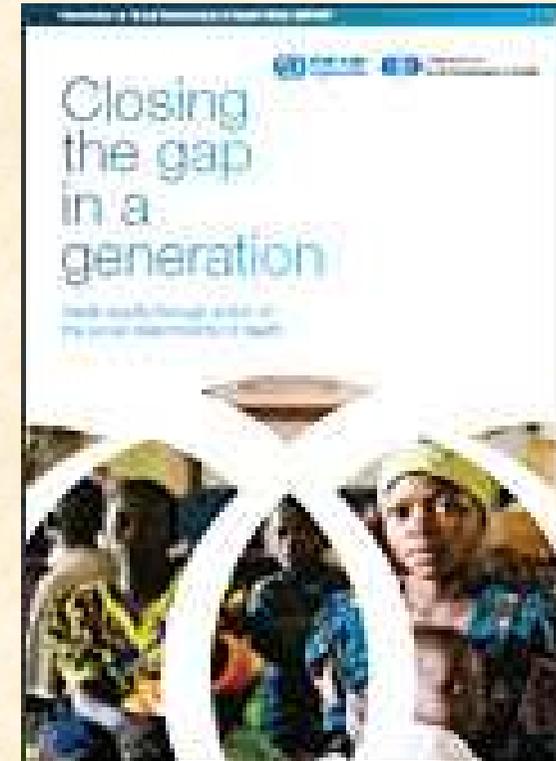
**Que disent  
les données  
les plus  
récentes ?**

**On ne sait pas, les données des 10 dernières  
années ne sont pas accessibles**

# Quelles actions pour réduire les inégalités?

## L'exemple des conditions d'emploi et de travail

- 1 **Emploi précaire, chômage..**
- 2 **Expositions professionnelles: on peut chiffrer le « gain » (effet sur les inégalités sociales) associé à des « scénarios » précis de réduction d'expositions professionnelles**
- 3 **Maintien dans l'emploi en cas de problèmes de santé ou de limitations**



## Expositions professionnelles : globalement plus fréquentes dans les catégories sociales défavorisées

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

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

# 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*

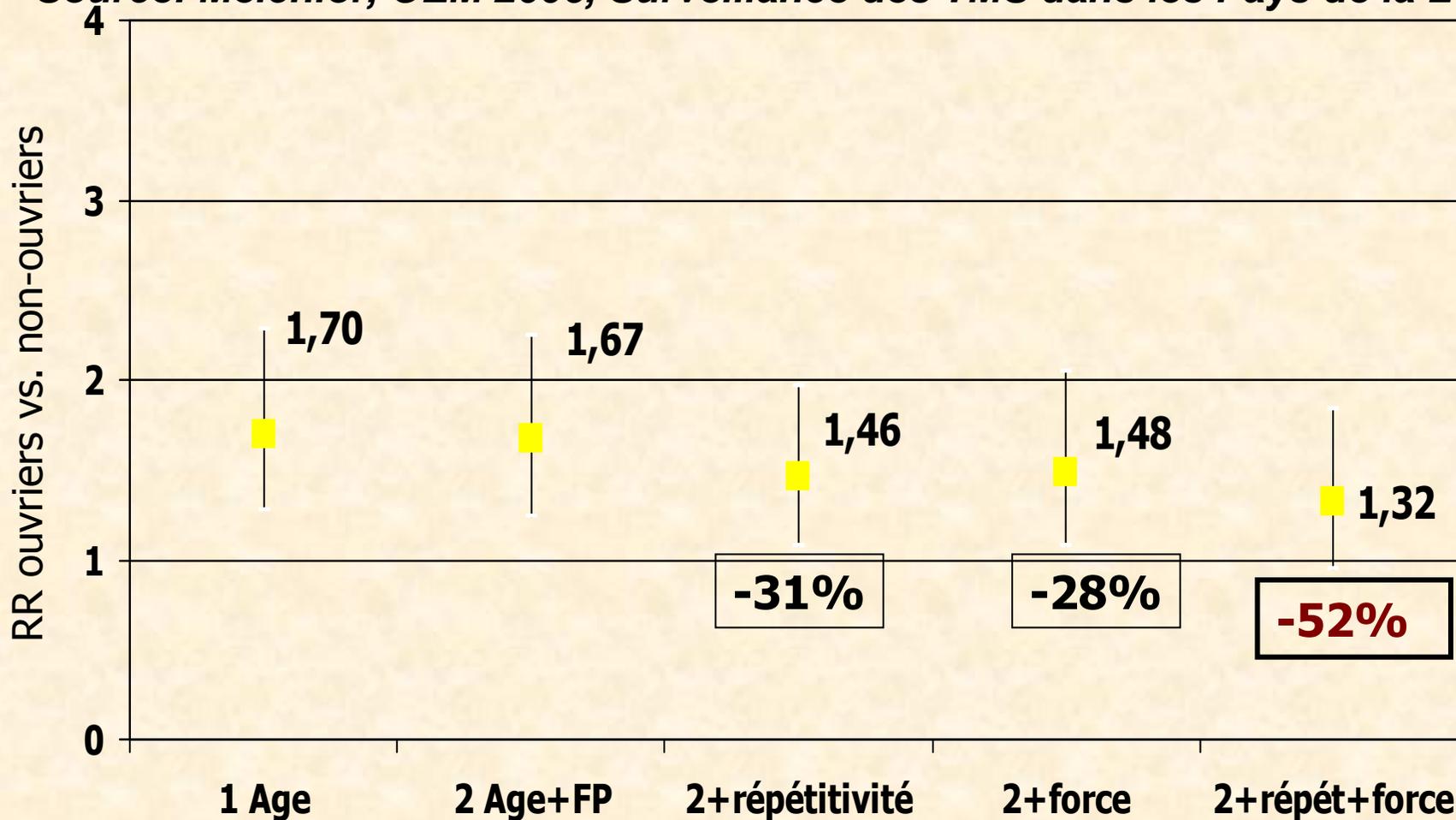
	Tous VADS	Glotte	Sus-glotte	Epilarynx	Hypo pharynx
<b>Tabac + alcool</b>	<b>41</b>	<b>49</b>	<b>36</b>	<b>43</b>	<b>34</b>
<b>Proportion des écarts restants expliqués par les exp prof</b>	<b>42</b>	<b>48</b>	<b>5</b>	<b>63</b>	<b>49</b>

# « 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



FP=facteurs personnels

# Inégalités ouvriers-non ouvriers et TMS spécifiques

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

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

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

# 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
<i>% changement</i>		<b>45</b>
Ouvrier	1.92	1.25
<i>% changement</i>		<b>73</b>
Conduite auto*		1.02
Penché, torsion du tronc*		1.84
Port de charges*		1.04

\* RR pour 20 ans d'exposition

# **Expositions professionnelles les plus susceptibles de contribuer aux inégalités sociales de santé**

**Expositions chimiques**

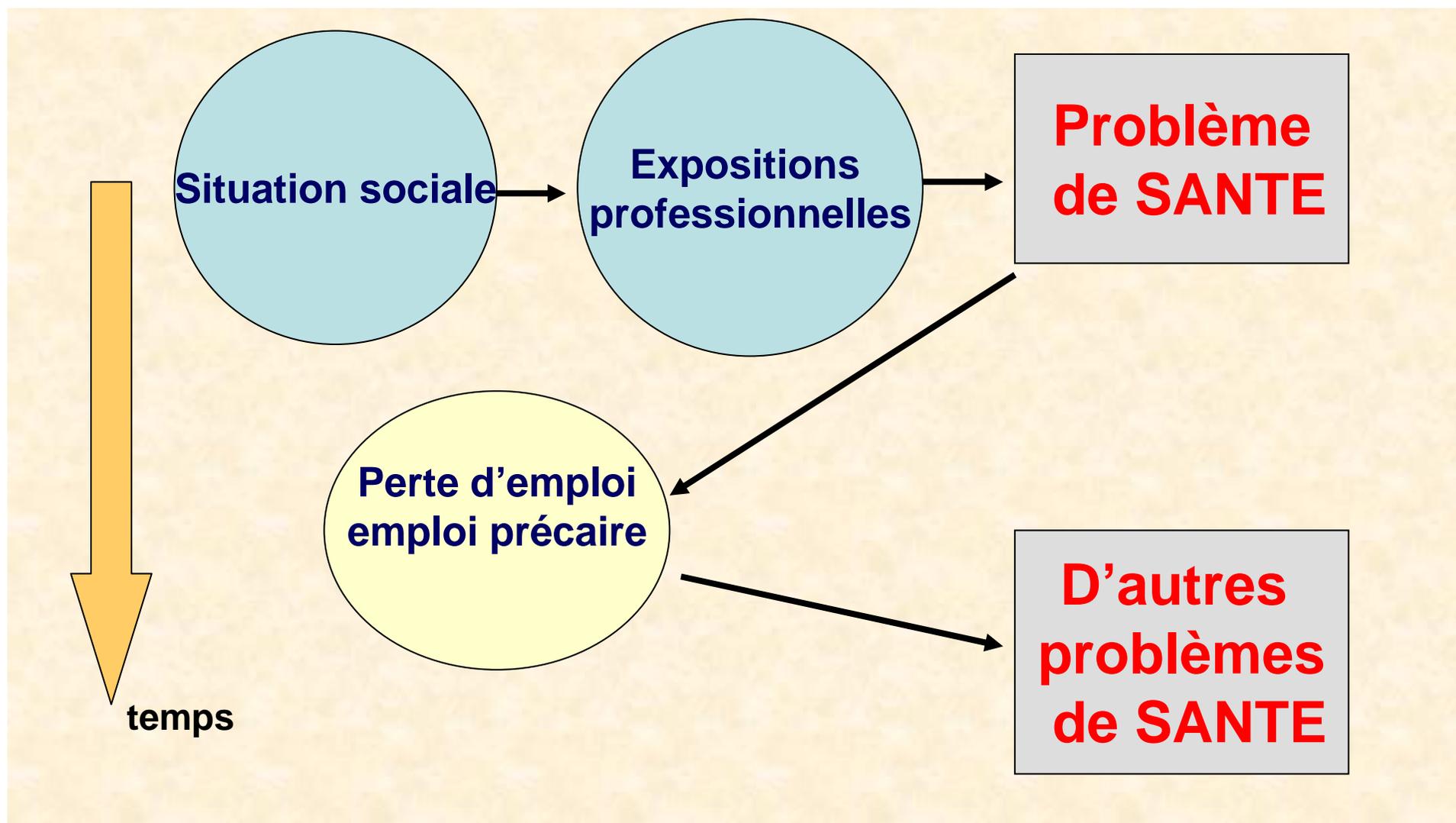
**Facteurs physiques (bruit...)**

**Contraintes ergonomiques**

**« peu de contrôle sur son travail »**

**Et aussi : insécurité dans l'emploi, modes d'organisation du travail (effets directs, effets indirects)**

**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**



# 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



# Quelles actions contribueraient SUREMENT à réduire les inégalités sociales de santé?

- ▶ **Celles dont l'objectif est de REDUIRE les EXPOSITIONS professionnelles**
- ▶ **Celles visant à une amélioration du STATUT dans l'emploi (moins de précarité...)**
- ▶ **Celles visant à l'ACCÈS à un travail et au maintien dans l'emploi en cas de problèmes de santé ou de limitations, dans des conditions de travail adaptées**

# Remerciements

**Gwenn MENVIELLE**

**Maria MELCHIOR**

**Sandrine PLOUVIER**

**Jean-François CHASTANG**

**Marcel GOLDBERG**

# Inégalités sociales, inégalités territoriales

Résultats et enseignements de la cohorte SIRS

*Colloque « Réduire les inégalités sociales de santé »*

**Pierre Chauvin** MD PhD

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

- **Les inégalités sociales et de santé qui perdurent, voire s'aggravent... mais comment les expliquer ?**
  - un constat posé depuis longtemps
  - des catégories d'étude qui ont montré leurs limites
- **Des connaissances détaillées des situations socio-sanitaires des personnes repérées comme « précaires »... mais dans l'ensemble de la population ?**
  - des liens entre conditions de vie, intégration et ruptures sociales, santé et recours aux soins
- **Des phénomènes de ségrégation spatiale et des inégalités géographiques... mais quels liens ?**
  - le territoire non seulement support, mais produit des inégalités sociales de santé
  - des effets de composition et/ou des effets contextuels

# Le programme de recherche SIRS

## problématique et hypothèses

### Objectif général

- ⇒ Progresser dans la compréhension des processus à l'origine des inégalités sociales et territoriales de santé

### Approche pluridisciplinaire

- ⇒ Épidémiologie sociale et contextuelle
- ⇒ Sociologie de la santé, des inégalités et des liens sociaux
- ⇒ Géographie de de santé

### Méthodes

- ⇒ Statistique descriptives et multivariées
- ⇒ Modélisation multiniveaux et géospatiale
- ⇒ Méthodes qualitatives



# La cohorte SIRS

**Ménages**  
 type  
 nb corésidents  
 âge, sexe, lien PR  
 étude, activité, PCS  
 maladie grave`

**Corésidents**  
 âge, sexe  
 lien PR  
 étude  
 activité  
 PCS`

**Quartiers**  
 RGP IRIS  
 RGP TRIRIS  
 Tableau de bord ZUS  
 Repérage SIRS  
 SIG IAURIF,  
 monographies...

**Géo-référencage**  
 logement  
 travail  
 médecin traitant  
 gynécologue

**Coordonnées**  
 nom, prénom  
 adresse  
 téléphone, email  
 personnes contact

**Individus**  
 plus de 300 variables...

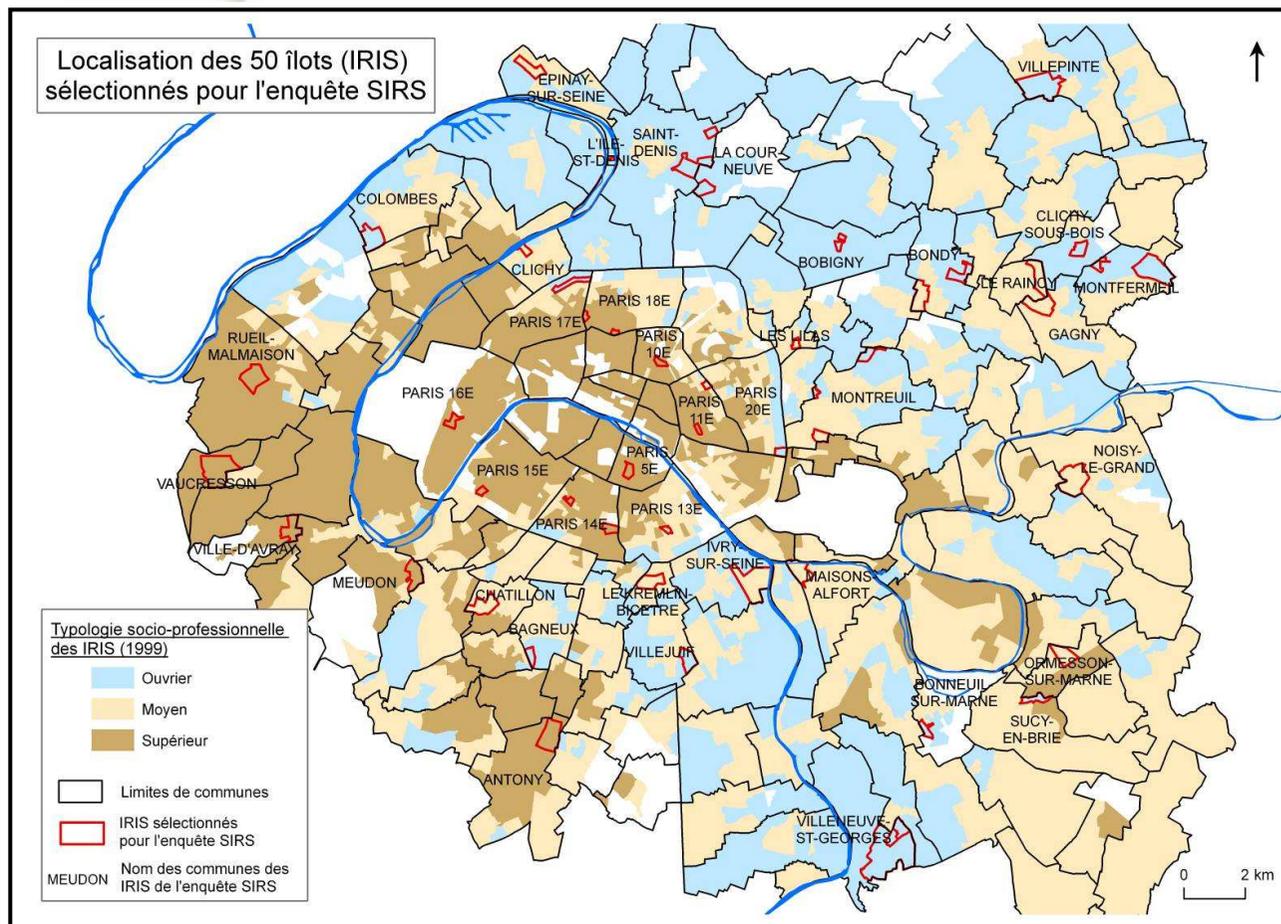


Cohorte généraliste en population générale  
 représentative agglomération parisienne  
 surreprésentation quartiers défavorisés

**3000 personnes**  
 adultes, francophones

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

⇒ suivi tous les 18 mois



## Trois exemples de résultats :

- dépression et support social
- obésité et environnement de vie
- recours aux soins préventifs et mobilité

Merci à :

Emmanuelle Cadot  
Basile Chaix  
Francesca Grillo  
Judith Martin  
Christelle Roustit  
Julie Vallée

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

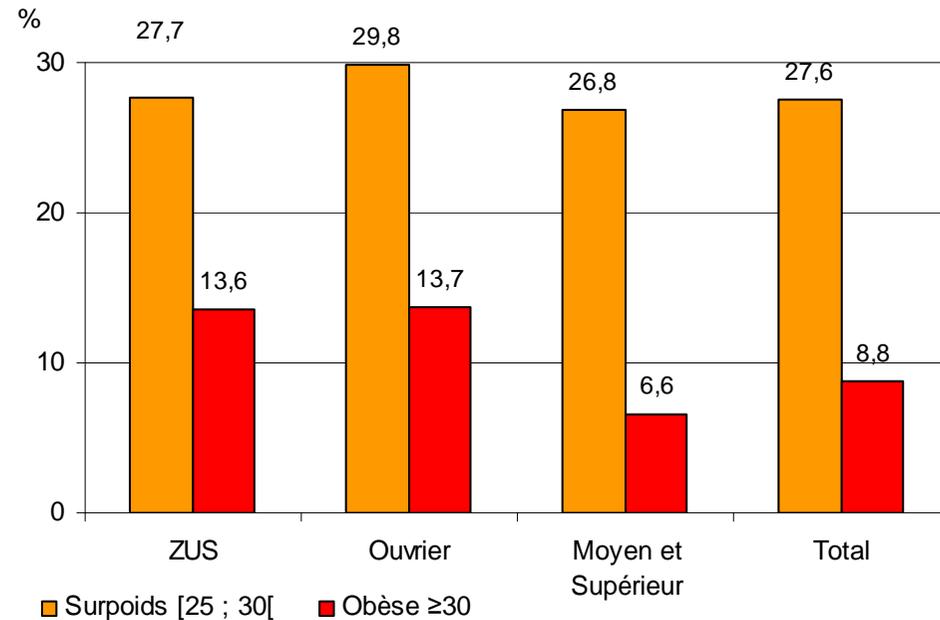
		OR [IC 95%]
Sexe	Hommes	1
	Femmes	<b>1,85 [1,40-2,44]</b>
Nationalité	Français	1
	Étrangers	1,85 [0,65-2,51]
Conditions de vie	Ne vit pas seul	1
	Vit seul	<b>1,57 [1,25-1,98]</b>
Revenu des ménages (UC)	4 <sup>ème</sup> quartile (+ riche)	1
	3 <sup>ème</sup> quartile	1,10 [0,67-1,79]
	2 <sup>ème</sup>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

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

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<sup>er</sup> quartile)
- 6,2% parmi les personnes vivant dans un quartier aisé (4<sup>ème</sup> quartile)

## 2 Facteurs contextuels associés à l'obésité en 2005

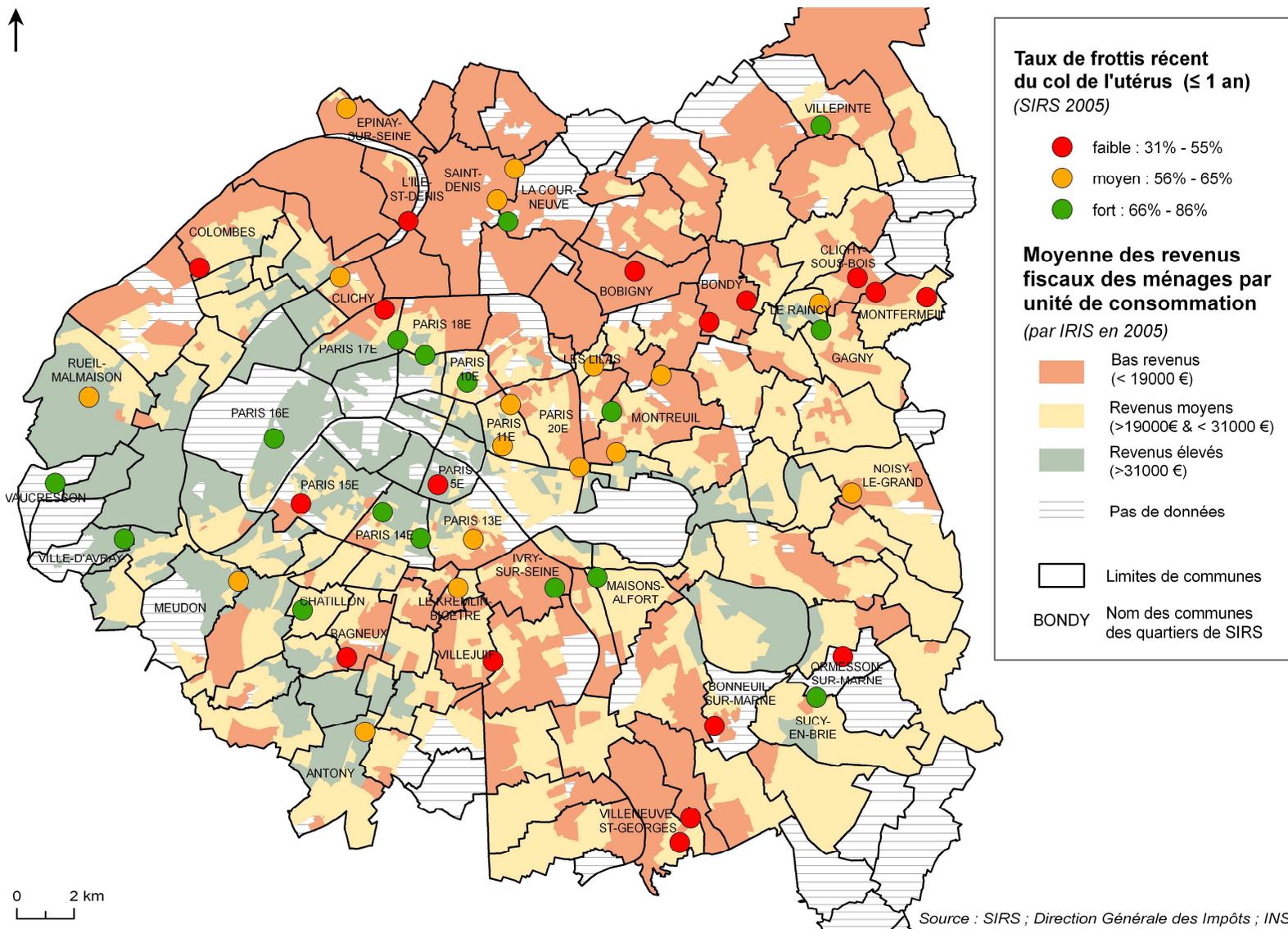
		OR*	IC 95%	p
Niveau socio-économique	5 <sup>ème</sup> quintile	1		
	1 <sup>er</sup> quintile	<b>2,87</b>	<b>[1,58 - 5,21]</b>	< 0,001
Distance moyenne / commerces de bouche	1 <sup>er</sup> quintile	1		
	5 <sup>ème</sup> quintile	<b>2,09</b>	<b>[1,54 - 3,13]</b>	0,003
Proportion fast-food / restaurants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

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

Source : cohorte SIRS, 2005.

# Le recours aux soins préventifs

## 1 Disparités spatiales du recours au frottis du col de l'utérus



- ② Disparités spatiales du recours au frottis du col de l'utérus
  - ⇒ Etudier les inégalités de recours aux soins en intégrant des caractéristiques contextuelles (niveau socio-économique du quartier et densité médicale)
  - ⇒ Mais en tenant compte des comportements individuels / quartier de résidence = mobilité quotidienne
  - ⇒ Hypothèses : la mobilité joue un rôle sur le recours aux soins
    - en réduisant les distances aux service de santé
    - en diversifiant les interactions sociales
    - en s'affranchissant de l'influence du quartier de résidence

## Le recours aux soins préventifs

## ③ Mobilité et recours aux soins de prévention

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

#### 4 Quartier de résidence et recours au frottis du col de l'utérus

<i>Pas de frottis du col de l'utérus depuis 2 ans</i>			OR* [IC 95%]	
			Modèle 1	Modèle 2
Individus	<u>Espace de mobilité quotidienne</u>	Large	1	1
		Restreint	<b>1,55 [1,04-2,29]</b>	<b>1,47 [1,00 – 2,18]</b>
Quartier	<u>Moy. revenus fiscaux des ménages par UC</u>	Riche		
		Intermédiaire	<b>1,40 [1,04-1,90]</b>	-
		Pauvres	<b>1,74 [1,24-2,43]</b>	-
	<u>Densité médicale</u>	Forte		
		Intermédiaire	-	1,02 [0,75-1,39]
		Faible	-	1,19 [0,86-1,64]

\* Ajustés sur les variables individuelles (âge, origine, situation professionnelle, revenu, couverture maladie)



Composition socio-économique du quartier plus discriminante que la densité médicale

### 5 Interaction entre mobilité et effet du contexte résidentiel

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

➔ 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

## Remerciements

Emmanuelle Cadot  
Basile Chaix  
Francesca Grillo  
Judith Martin  
Christelle Roustit  
Julie Vallée

## Financements

Fond Social Européen  
Agence Nationale de la Recherche (ANR)  
Institut de Recherche en Santé Publique (IRESP)  
Délégation Interministérielle à la Ville (DIV)  
Conseil Régional Île-de-France  
Bourse de recherche de la Ville de Paris

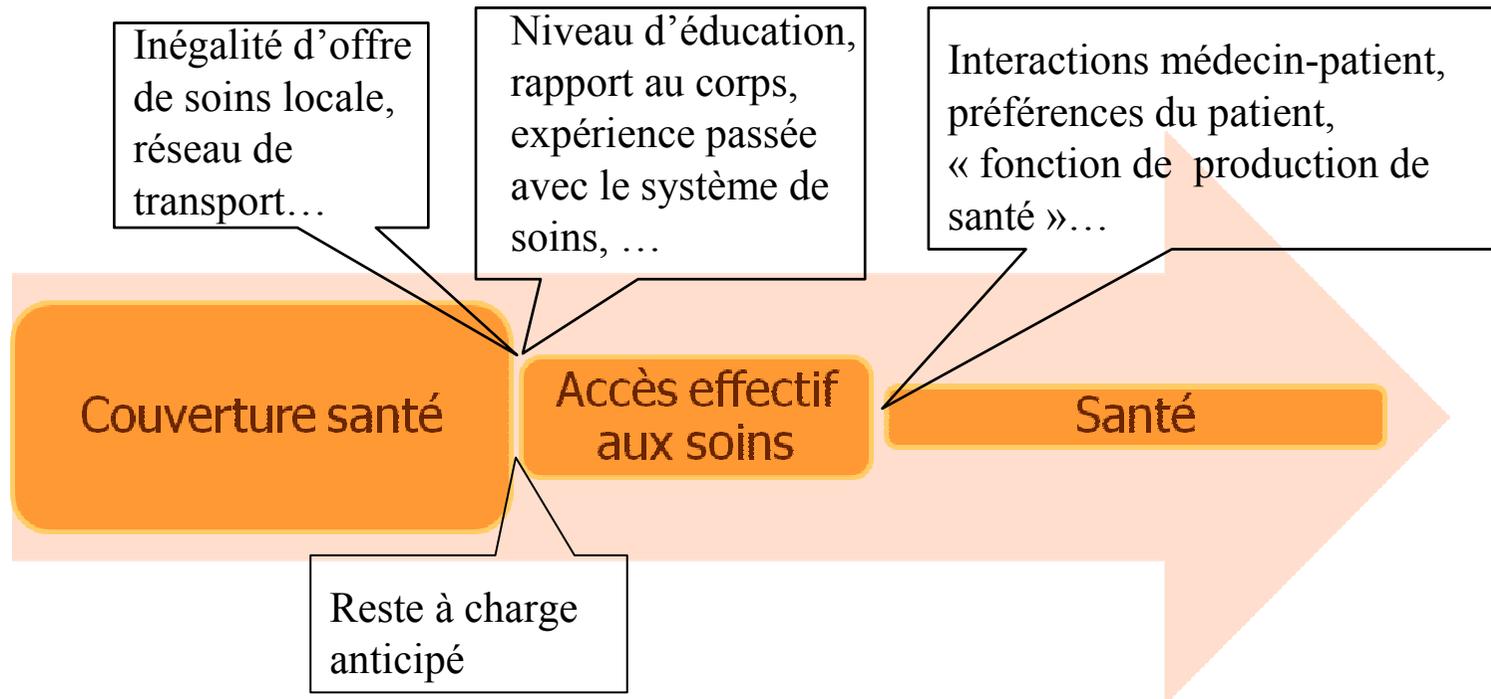




# Inégalités sociales de santé : le rôle du système de soins

Chantal CASES

# En guise d'introduction...

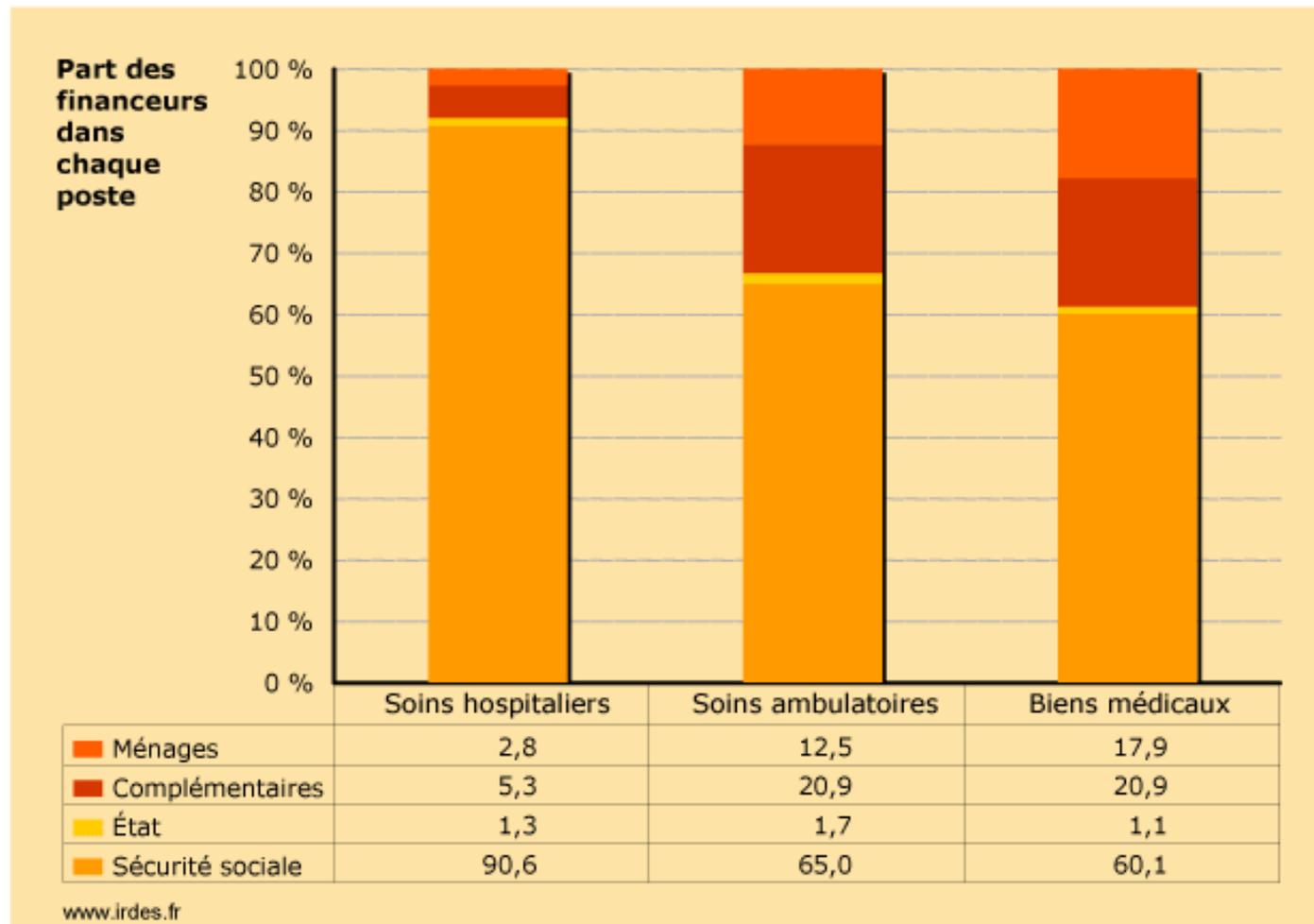


... **Permettre un égal accès aux soins est une condition nécessaire, mais pas suffisante, de l'égalité réelle des soins prodigués, ni de l'égalité en santé**

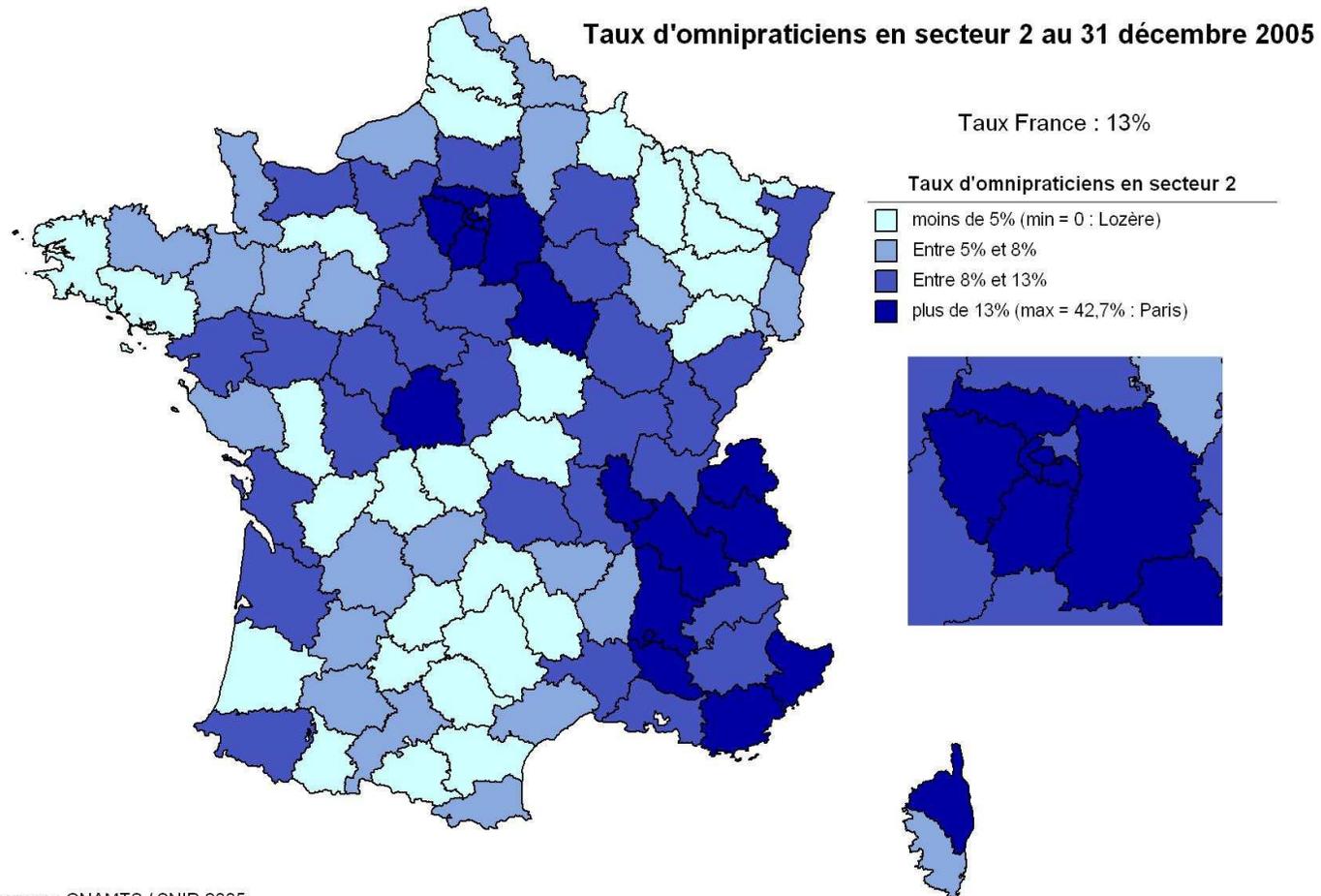
## Le droit d'accès aux soins est universel en France...

- **L'assurance publique de base** couvre en moyenne plus des trois quarts de la dépense de santé
- Une **assurance complémentaire gratuite pour les plus pauvres** sous un seuil de revenu (CMUC)
- Une **aide à la souscription d'assurance complémentaire** pour les revenus jusqu'à 20% au-dessus de ce seuil (ACS)

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



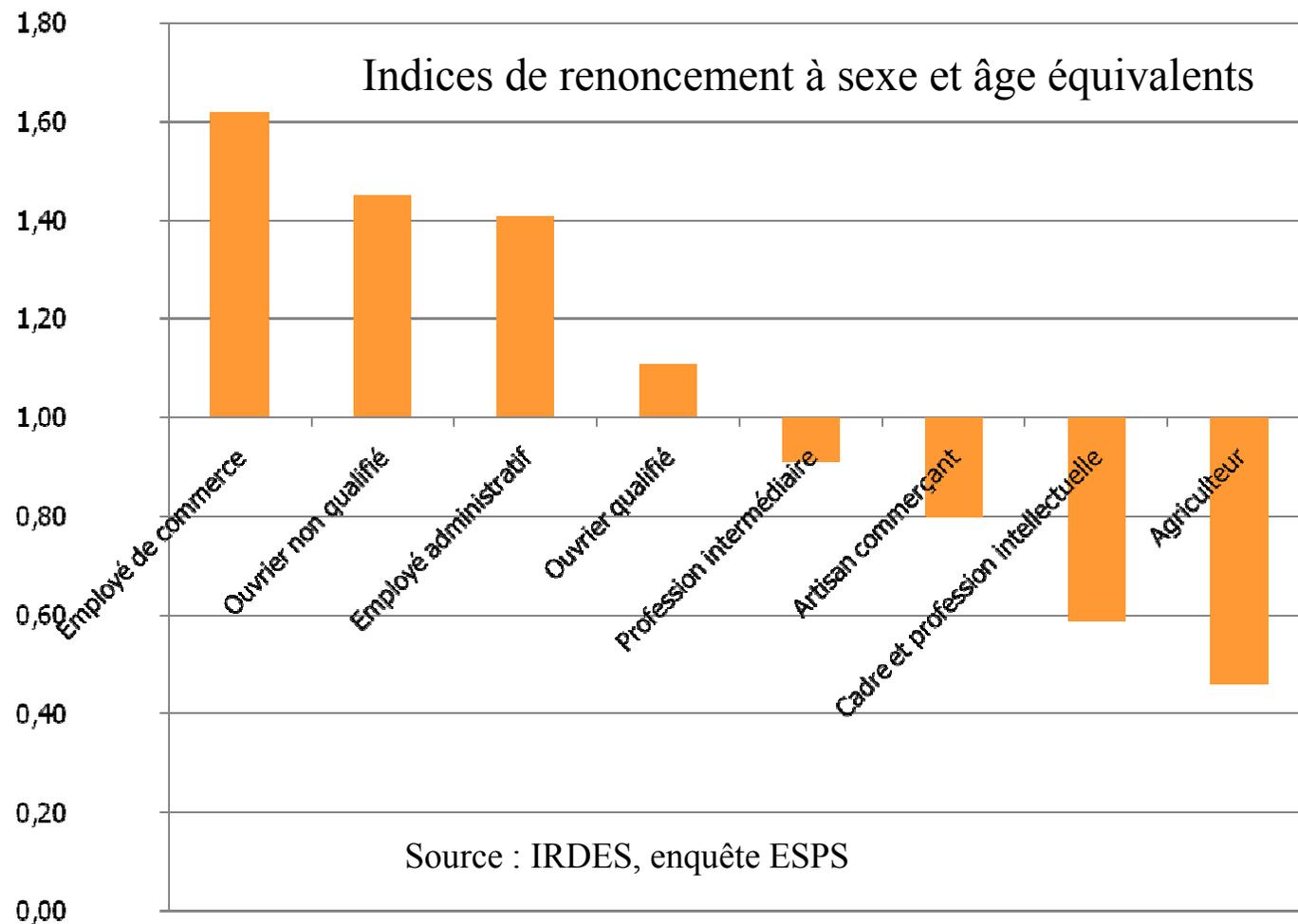
# et l'accès ne se fait pas toujours aux tarifs opposables...



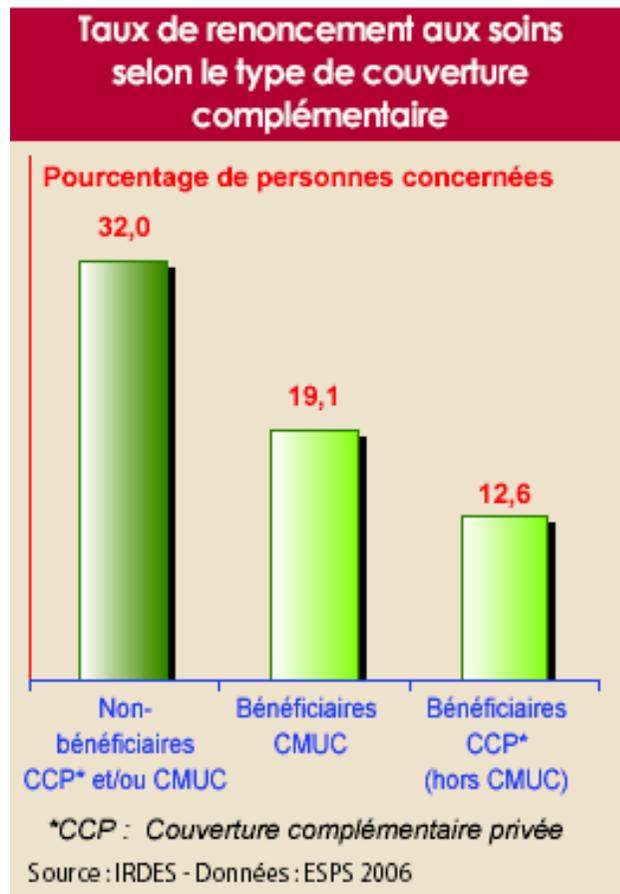
# ...en conséquence, les barrières financières n'ont pas disparu

En 2006, 14 % de la population déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières

Surtout les soins dentaires (63 % des cas) et optiques (25%)  
MG : 9%



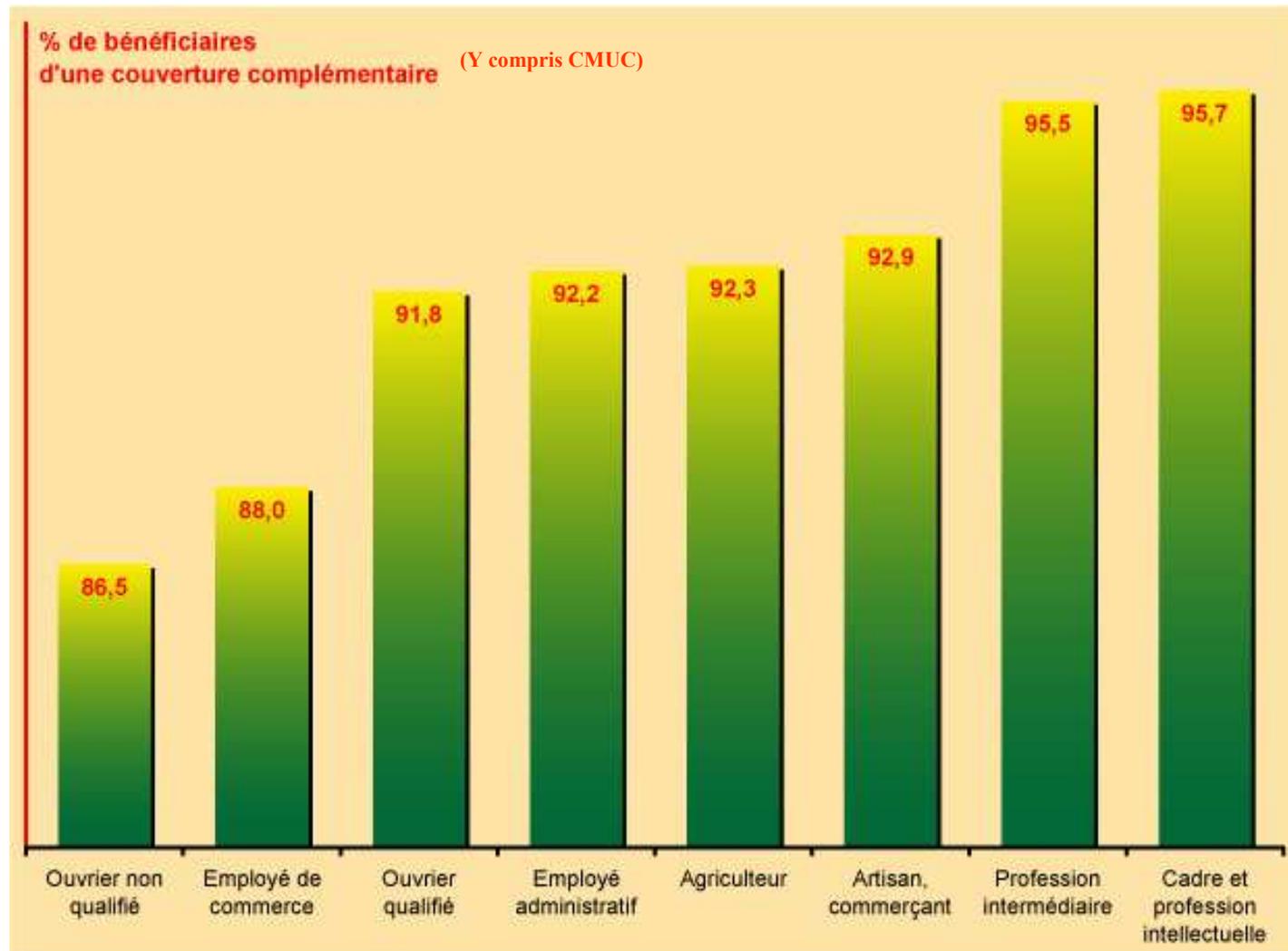
# L'absence de complémentaire contribue aux renoncements...



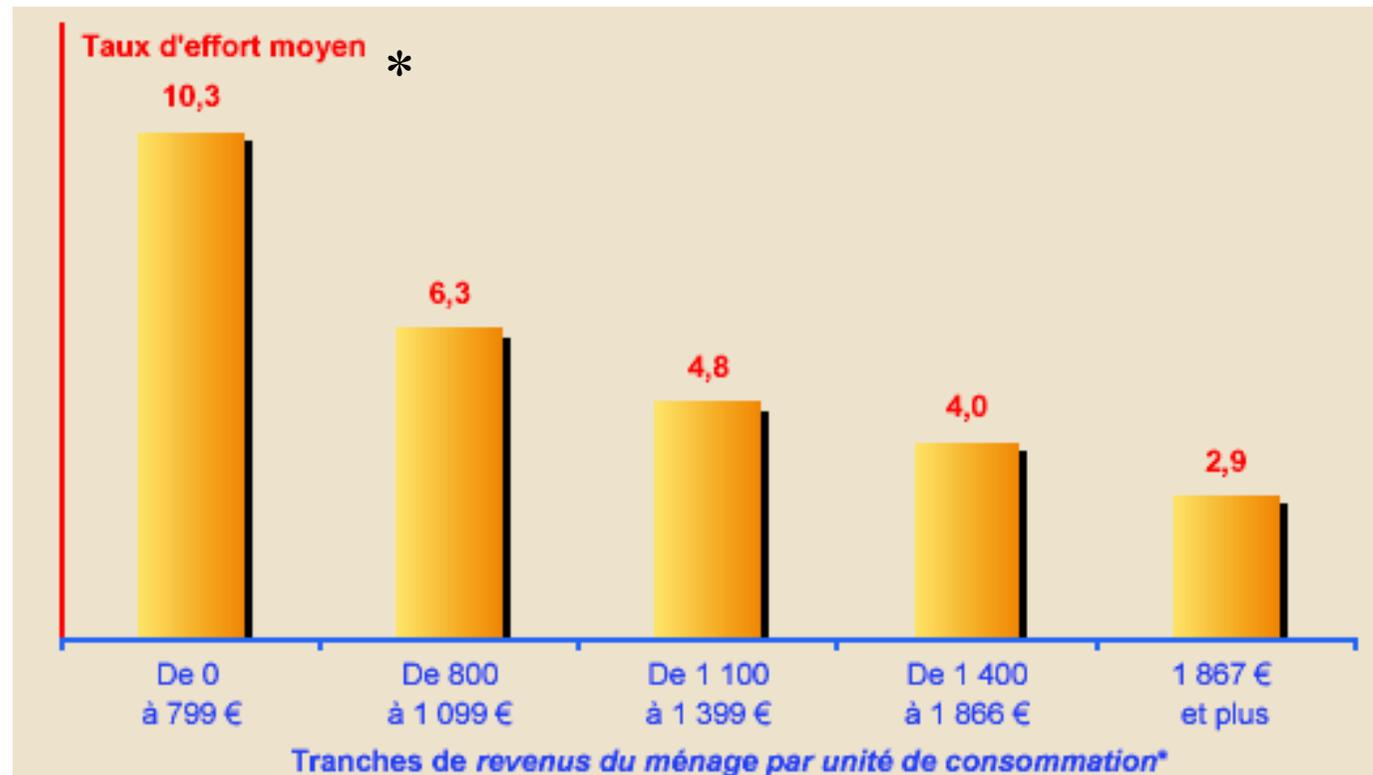
- Toutes choses égales par ailleurs, **les renoncements aux soins pour raisons financières sont deux fois plus fréquemment déclarés** chez les personnes sans complémentaire santé
- Il est difficile d'évaluer les **conséquences pour la santé** de ces renoncements

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

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



# 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

## Il existe également des barrières non financières à l'accès primaire aux soins

- Systémiques : inégale densité géographique de l'offre, réseau de transport
  - Mais concerne surtout les soins spécialisés
- Individuelles :
  - Niveau d'éducation, rapport au corps et à la maladie, préférence pour le présent, expérience passée des patients avec le système de soins...
  - Barrières de la part de certains professionnels

# Un problème méconnu : l'accès secondaire aux soins

- 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 2 fois plus souvent des **structures de proximité** pour l'accès aux plateaux techniques (IRM, endoscopie digestive haute, cholécystectomie) (Le Fur et al., 2000)
- Être **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 aux soins de meilleure qualité [Blais et al., 2006 ; Chinaud et al., 2005 ; Dejardin et al., 2006]

# 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 prendre des décisions différentes selon sa proximité socioculturelle avec le patient
  - Ils peuvent **proposer des dépenses supplémentaires** aux patients pouvant les payer
  - La qualité du diagnostic dépend de **proximité socioculturelle** entre le patient et le médecin
  - La qualité du diagnostic dépend de la **prévalence du problème de santé dans le groupe social** auquel appartient le patient (réel ou stéréotype)
  - Les recommandations de pratique médicale prennent rarement en compte les facteurs psychosociaux ou économiques
  - La décision médicale est prise en prenant en compte **d'autres éléments que le diagnostic** : préférences du patient, conséquences sociales, anticipations de l'observance...

# En amont : le gradient social des soins de prévention

- Les actes de prévention médicalisée profitent souvent davantage aux catégories sociales les plus aisées, même en l'absence de barrière financière
- Exemple 1 : l'évaluation du **bilan bucco-dentaire** des adolescents (IRDES, 2002) :
  - Un effet positif sur le recours aux soins préventifs des adolescents appartenant à des familles modestes ;
  - mais les familles les plus en difficulté, et les adolescents ayant des problèmes scolaires ou n'ayant jamais reçu de conseils bucco-dentaires en bénéficient peu malgré la gratuité des soins.
- Exemple 2 : le **dépistage des cancers** du col ou du sein est significativement plus fréquent pour les femmes les plus diplômées, même en présence de couverture complémentaire santé ; il existe un gradient social pour le dépistage du cancer du colon chez les hommes
  - Même si le dépistage organisé peut accompagner d'une réduction des inégalités de recours, sans les annuler [Baudier, 2007]

# Conclusion

- Le système de soins a 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



# **Determined to Tackle Health Inequalities: A Report on the work of an EU consortium for action on the socio-economic determinants of health**

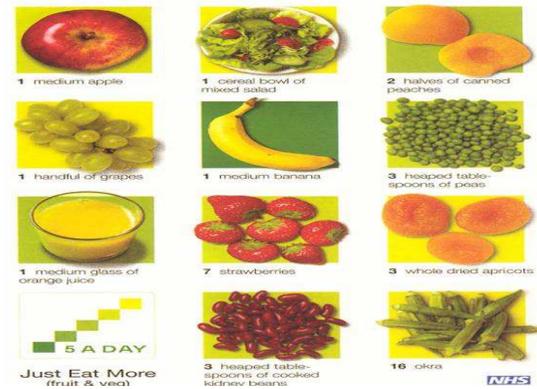
---

Towards Reducing Health Inequalities Meeting  
11 January 2010  
Paris

Owen Metcalfe, FFPH  
Associate Director  
Institute of Public Health in Ireland  
[www.publichealth.ie](http://www.publichealth.ie)



# Conditions for Health





# DETERMINE

## Participants

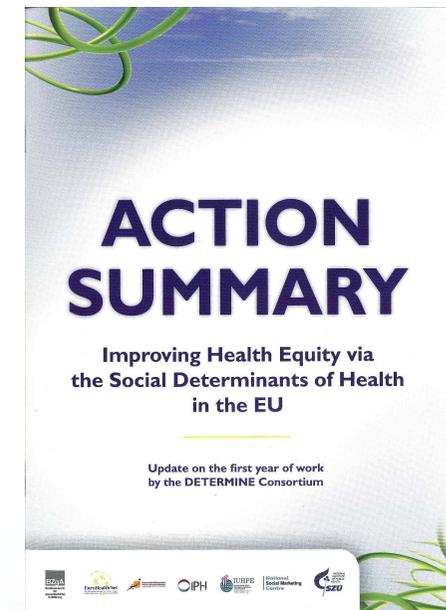
- Co-ordinated by EuroHealthNet
- Representation from 26 countries

## Aim

To achieve greater awareness and capacity amongst decision makers in all policy sectors to consider health and health equity when developing policy

## Key Strands

- Identify effective national level policies and practices that promote health equity and undertake a cost effectiveness review (Work package 5)
- Seek innovative approaches to improve the health of disadvantaged groups, and implement small scale pilot projects (Work package 6)
- Design and implement awareness raising and capacity building activities (Work package 7)



# Institute of Public Health in Ireland

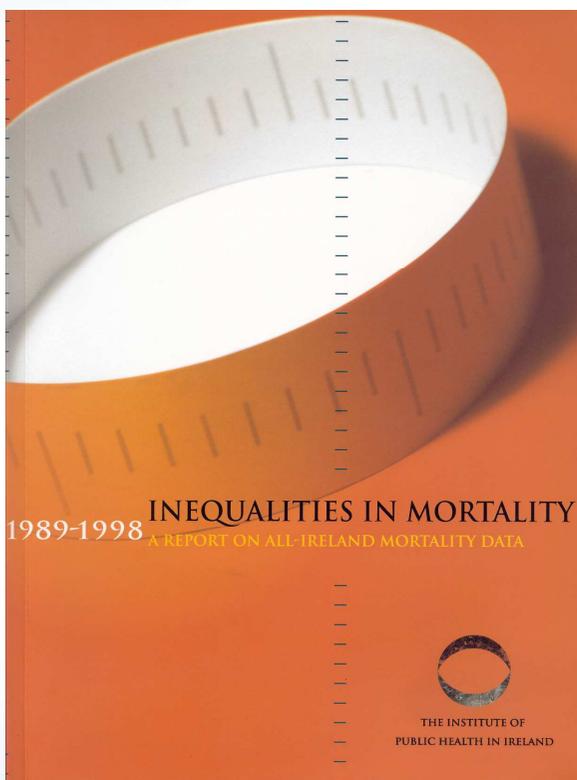
- Promoting north/south cooperation for public health
- Remit includes:
  - Providing public health information and surveillance
  - Strengthening public health capacity
  - Advising on policy



Tackling inequalities in health is the focus for all our work

[www.publichealth.ie](http://www.publichealth.ie)

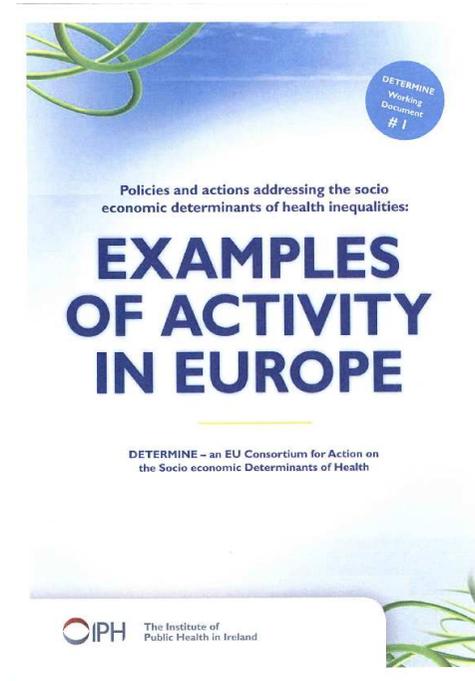
# Inequalities in Mortality: A report on all Ireland Mortality Data 1989 - 1998



- All cause mortality rate in lowest occupational classes is 100-200% higher
- For circulatory disease, it is 120% higher
- For cancers, it is 100% higher
- For respiratory disease, it is >200% higher
- For injuries and poisoning, it is >150% higher

## Work package 5

- Task 1: Identify and explore **approaches** to addressing social determinants of health inequalities at member state and EU level.
  - Working document #1 July 2008
- Task 2: Identify and explore **economic arguments** to support action on the social determinants of health inequalities at member state and EU level.
  - Working document #4





## WP 5 - Task 1 data collection

Identify and explore examples of policies and actions addressing social determinants of health inequalities.

Questionnaire administered:

- Policies that address inequalities / health inequalities
  - Structures that facilitate intersectoral action
  - Specific financial allocation
  - Tools and methodologies
- 



# Overview of findings

Factors which appear likely to contribute to action include:

- Where addressing SDHI is a stated government priority eg in the case of Scotland
- Where there is a cross departmental strategy to address SDHI eg the Investing for Health strategy in Northern Ireland
- Where there is reference to SDHI in policy documents – many examples available
- Where there are cross government mechanisms in place which support the establishment and maintenance of partnerships – eg Social Partnership Agreement in the Republic of Ireland
- Where there are policy tools in place to facilitate action, such as IA and evaluation
- Where there is evidence available which demonstrates clear links between health and social inequalities – eg Netherlands, UK, Scandinavia
- Where there is leadership at both EU and national level – eg Finland and UK in EU presidency



# Examples of policies addressing SDHI

## **Northern Ireland**

Investing for Health Strategy (2001)

## **Flanders**

Flemish Decree on Preventive Health Care Policy ( 2003)

## **Norway**

National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health (2007)

## **Netherlands**

Strategy on Tackling Inequalities in Health (2008)

# WP 5 - Task 2 data collection Economic Analysis

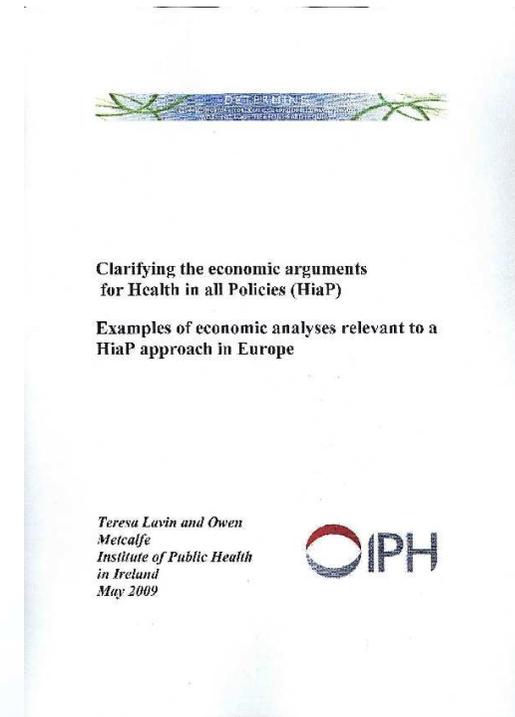
## Examples

- Identify economic evaluations conducted on relevant\* policy
  - Did the evaluation include costs and benefits to health?
  - Did the evaluation include costs and benefits for different population groups?

## Arguments

- What kinds of economic arguments are being used?
  - By who? For who?
- If no or limited activity in this area why do you think this is so?
- Suggestions for future action

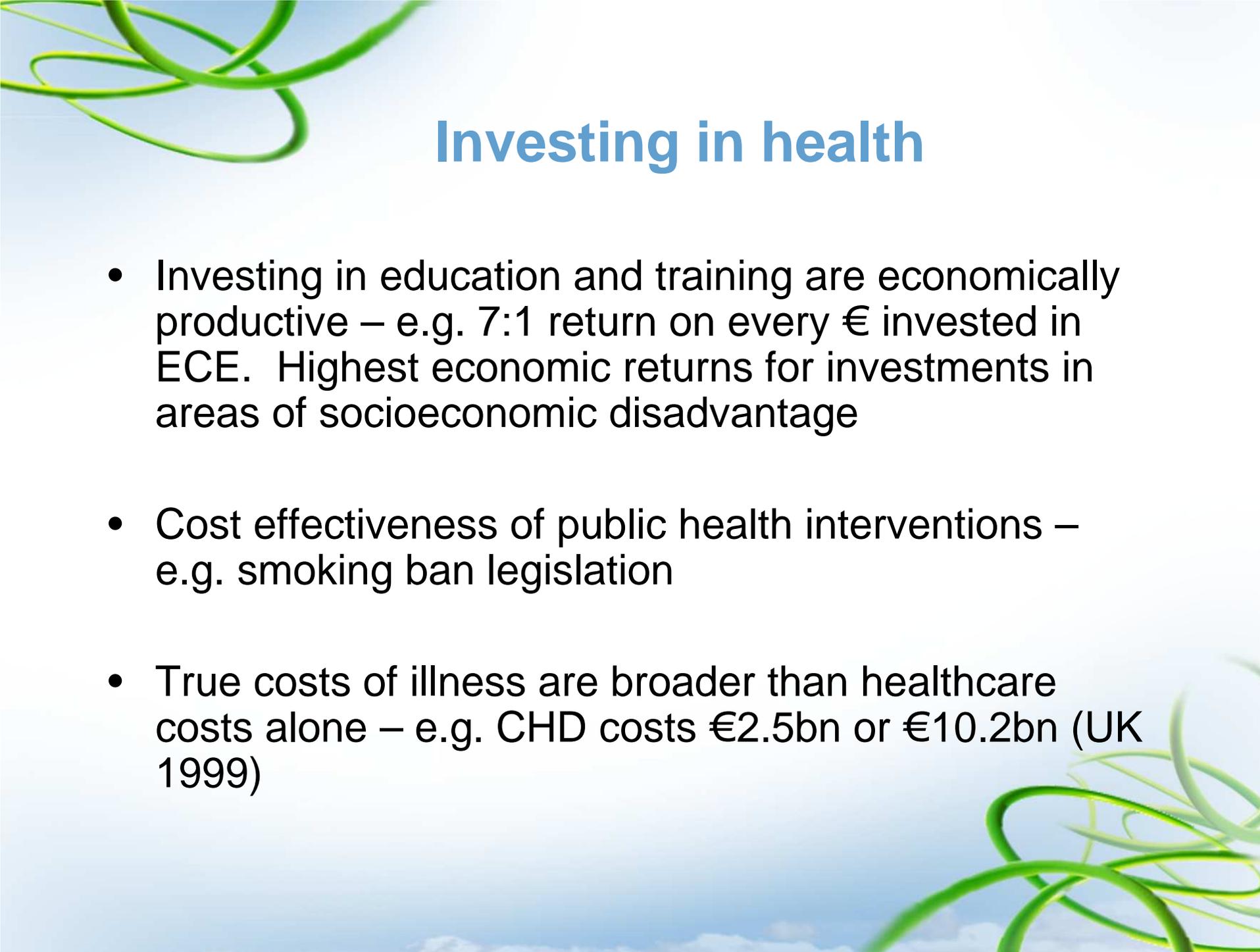
\*Policy addressing SDHI, health promotion policy not healthcare policy





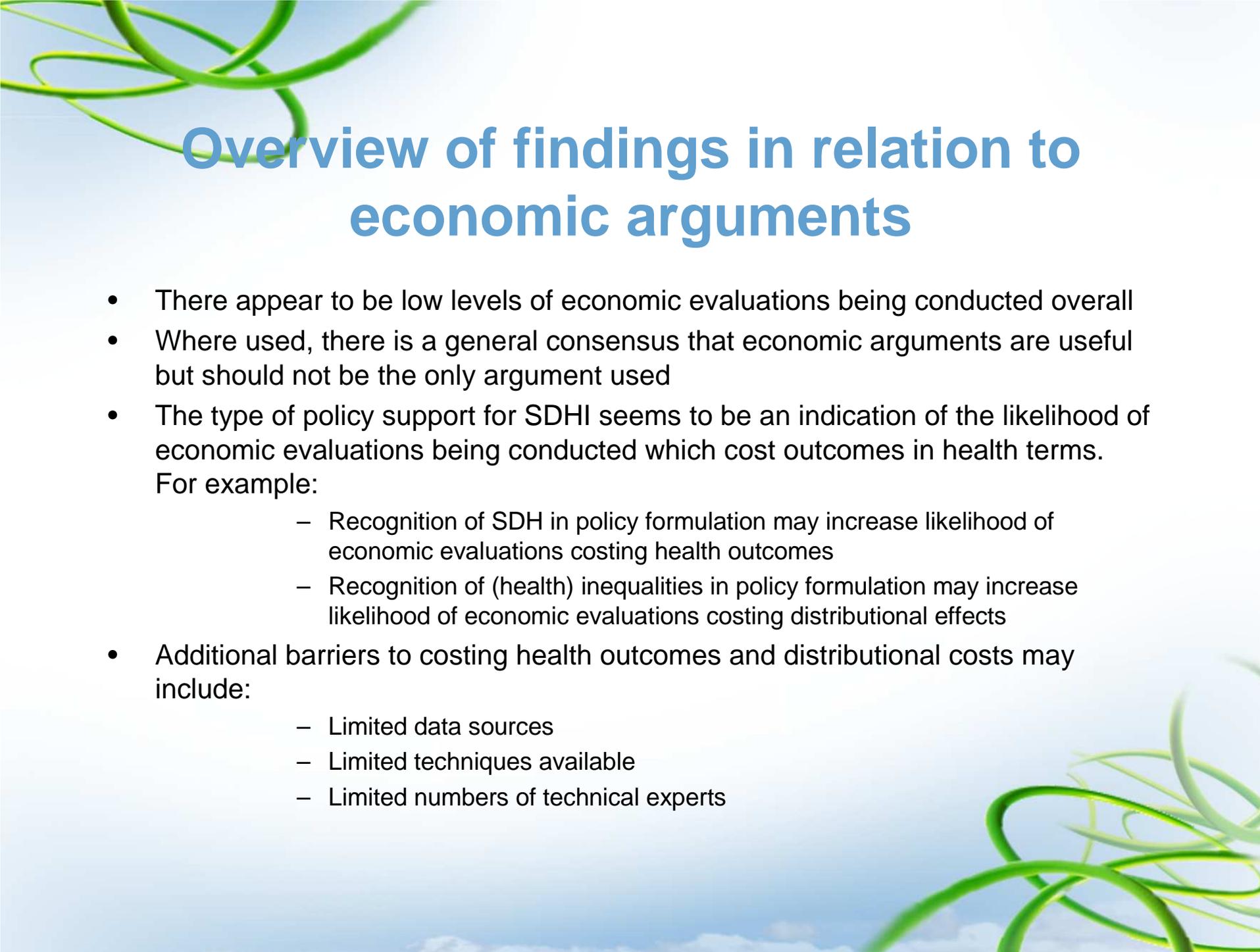
## Examples of economic evaluations

- Non-health policy (social and environmental determinants) - transport, housing, education
- Public health policy (personal behaviours) – smoking, alcohol, physical activity, diet
- Public health policy (disease oriented) – obesity, suicide



## Investing in health

- Investing in education and training are economically productive – e.g. 7:1 return on every € invested in ECE. Highest economic returns for investments in areas of socioeconomic disadvantage
- Cost effectiveness of public health interventions – e.g. smoking ban legislation
- True costs of illness are broader than healthcare costs alone – e.g. CHD costs €2.5bn or €10.2bn (UK 1999)



## Overview of findings in relation to economic arguments

- There appear to be low levels of economic evaluations being conducted overall
- Where used, there is a general consensus that economic arguments are useful but should not be the only argument used
- The type of policy support for SDHI seems to be an indication of the likelihood of economic evaluations being conducted which cost outcomes in health terms.  
For example:
  - Recognition of SDH in policy formulation may increase likelihood of economic evaluations costing health outcomes
  - Recognition of (health) inequalities in policy formulation may increase likelihood of economic evaluations costing distributional effects
- Additional barriers to costing health outcomes and distributional costs may include:
  - Limited data sources
  - Limited techniques available
  - Limited numbers of technical experts



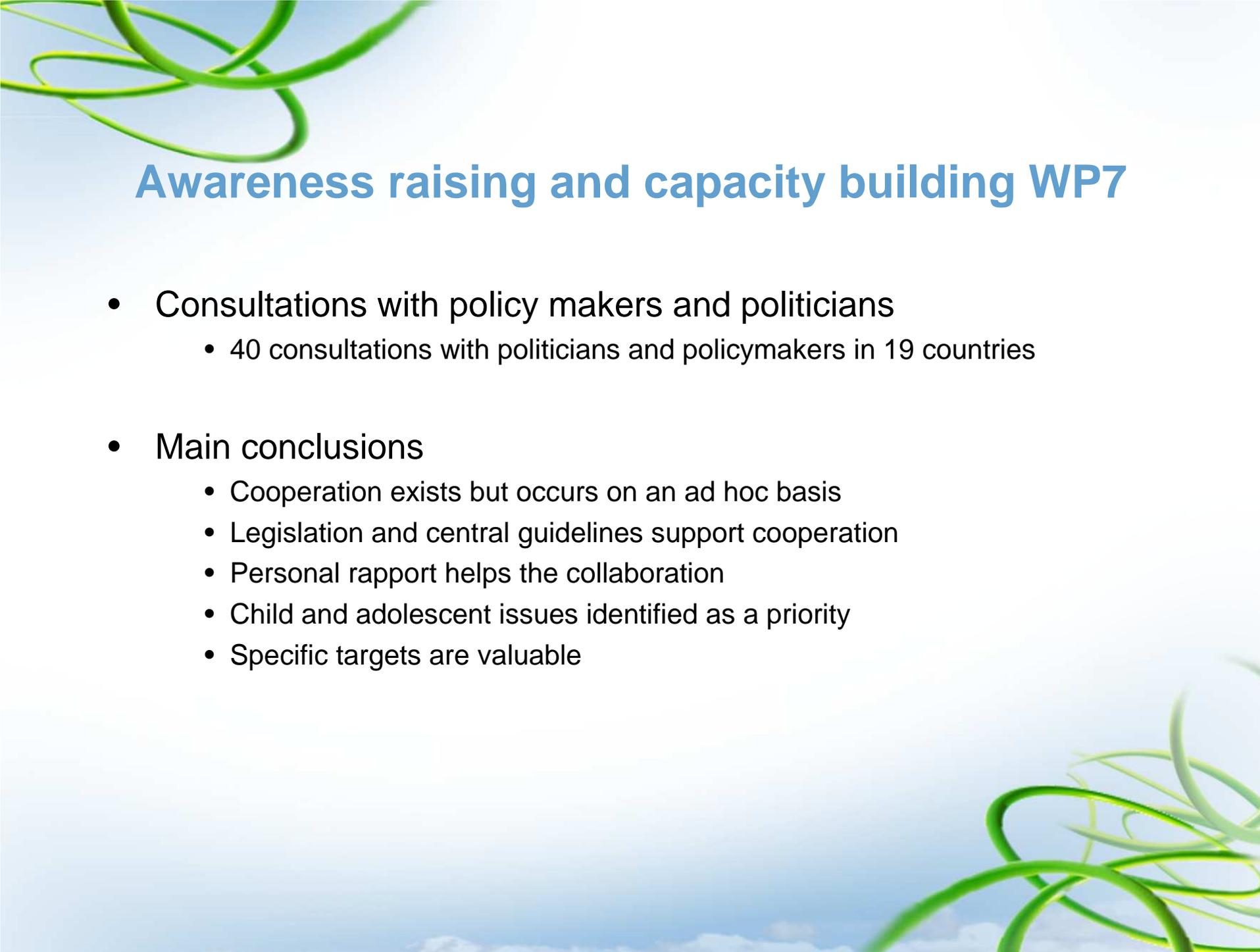
## Innovative approaches WP6

Identify innovative approaches to change health related behaviours.

3 projects selected:

- **Denmark**  
Obese / Inactive men in the work place with little or no education
- **Hungry**  
Planning health and sustainable houses among a segregated community
- **Slovenia**  
Improving homeless health

Evaluation Pending



## Awareness raising and capacity building WP7

- Consultations with policy makers and politicians
  - 40 consultations with politicians and policymakers in 19 countries
- Main conclusions
  - Cooperation exists but occurs on an ad hoc basis
  - Legislation and central guidelines support cooperation
  - Personal rapport helps the collaboration
  - Child and adolescent issues identified as a priority
  - Specific targets are valuable



## Menu for capacity building action

- Policy development
- Partnership development
- Awareness raising
- Information base
- Organisational development
- Skill development



## DETERMINE - products

### **Working documents:**

- Policies and actions addressing the socioeconomic determinants of health inequalities: example of activity in Europe
- A rapid review of innovation in the context of social determinants: lessons from Europe
- Voices from other fields: an account of 40 consultations with non-health policy makers and politicians across Europe on tackling the socioeconomic determinants of health inequalities
- Economic arguments for addressing social determinants of health inequalities
- Action summary: improving health equity via the social determinants of health in the EU



Search  Go

Help | Sitemap | Print | Contact | News Alert

You are here: > [Home](#)

Home

About DETERMINE

DETERMINE Key Outcomes

DETERMINE Partners

Good Practice Directory

National Level Policies

EU Policy

Publications

Events

Links



## Welcome to the European Portal for Action on Health Equity

This Portal is a tool to promote health equity amongst different socio-economic groups in the European Union. Here, you can find information on policies and interventions to promote health equity within and between the countries of Europe, via the socio-economic determinants of health.

The information presented is the result of the collaboration of a wide range of health and social actors in the EU, that have come together in the context of a pan-European initiative that aims to stimulate action for greater health equity. The initiative, [DETERMINE](#) (2007-2010) establishes an EU Consortium for Action on the Socio-economic Determinants of Health (SDH).

### What are you interested in?



We welcome you to look through the various sections of the Portal, to learn about what EU Member States are doing to promote health equity, and to take action!

[legal information](#) | [contact](#)

[print](#) | [top](#)



3rd Consortium Meeting

**DETERMINE**

The 3rd DETERMINE Consortium Meeting will take place in Prague under the flag of the EU Czech Presidency on 13 - 14 May, 2009. For more information [click here](#).

First Year report on the work of the DETERMINE Consortium:

**Action Summary: Improving Health Equity via the Social Determinants of Health in the EU**

The publication is available in the following languages:

Featured Project Example

**Doc Stop (Doc Stop)**

Doc Stop provides quick access to medical services by partnering local motorway service areas.



## Observations

- Increased and increasing acknowledgement of importance of social determinants of health
- Committed individuals in all countries
- National commitment to social determinants uneven
- Leadership not always present or strong
- Structural provision not systematic or uniform
- Accountability measures weak
- Target setting poor
- Opportunities provided by economic climate



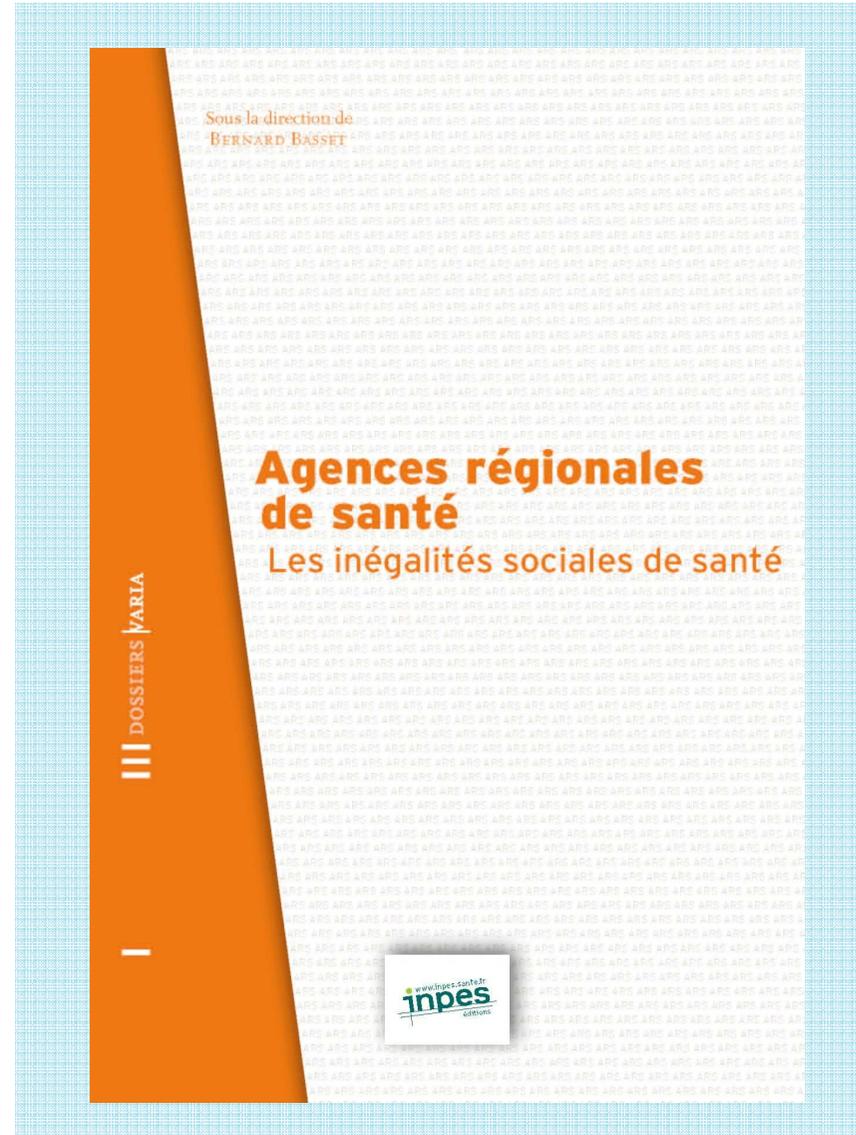
## Benefits of participation

- Facilitated ongoing engagement between countries
- Opportunity to learn and share experiences with international colleagues and explore what has worked well elsewhere
- Being a WP leader provided opportunities to initiate contact with experts in specific areas such as economic analyses





# Un vade-mecum pour les ARS





## Contexte 1/2

- Les travaux préparatoires de la loi HPST du 21 juillet 2009
- Titre IV: refonte majeure de la gouvernance avec création des ARS
- Autorité unique, regroupant les forces Etat / Assurance maladie → service public régional de santé
- Chargé de piloter et mettre en œuvre la politique de santé
- Objectif d'une meilleure santé au meilleur coût, notamment par une amélioration de l'articulation,
  - prévention, soin, médico-social, veille et sécurité sanitaire
  - ville et hôpital



## Contexte 2/2

- Les chantiers d'accompagnement sous l'égide du Secrétaire général des ministères
- La prévention: 3 groupes sous la responsabilité de la DGS → 3 rapports édités par l'INPES ([www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr))
  1. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention (Nathalie Leuridan)
  2. Promotion, prévention et programmes de santé (François Bourdillon)
  3. Les inégalités sociales de santé (Bernard Basset)



# Commande

- Réaliser un *vade-mecum* sur les actions à mener en matière d'ISS au niveau régional
- Produire un outil lisible et pragmatique
- Rendre le travail en moins de six mois



## Groupe de travail

- Groupe pluridisciplinaire : médecins, ingénieur, anthropologue, pharmacien, gestionnaires
- Origines professionnelles diverses : ministère (AC, SD), INPES, assurance maladie



## Méthode

- Revue de la littérature
- Auditions
- Contributions d'experts
- Rédaction totalement collective de l'ensemble du document avec un questionnement permanent :

Le directeur général de l'ARS sera-t-il interpellé sur ce thème et comment peut-il y répondre ?



Contenu 1/10

## Les ISS, une réalité aux déterminants multiples et complexes

- Des constats qui interrogent des valeurs (justice sociale, cohésion nationale, droit à la santé...)
- Dans un contexte marqué par la crise

**→ La réduction des ISS est l'enjeu central de la santé en région**



## Contenu 2/10

# L'ARS, une opportunité majeure

1. Concourt à la réalisation des objectifs nationaux santé (art. L1411-1 et 1411-1-1)
2. Autorité unique: cohérence et fluidité entre soins, MS et prévention, en particulier pour les plus fragiles
3. Administration plus forte; entraînement; intersectorialité; commissions de coordination des politiques publiques de santé
4. CNP: répartition des financements entre ARS prend en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé
5. Articulations avec santé au travail, en milieu scolaire et santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion (PSRS)



## Contenu 3/10

6. De nouvelles dispositions pour l'accès aux soins (volet ambulatoire du SROS, contrat d'engagement de service public, contrat santé solidarité, télémédecine, permanence des soins, sanctions en cas de comportement discriminatoire de la part des soignants,...)
7. Lien fort avec les territoires
8. Démocratie sanitaire forte (CRSA, conférences de territoire)
9. Place de la prévention (schéma de prévention)
10. PRAPS
11. Savoir faire et dispositifs existants



## Contenu 4/10

### Stratégies possibles

- Sous forme de fiches-action (19)
- Des stratégies thématiques spécifiques : addictions, nutrition, santé mentale, santé bucco-dentaire, accidentologie...
- Des stratégies par population ou milieu de vie:
  - personnes âgées, détenues, handicapées, ...
  - Santé et travail, santé à l'école...



## Contenu 5/10

# 3 stratégies prioritaires et complémentaires : territoire, petite enfance, environnement

- S'inscrivent sur le long terme
- Agissent sur les ISS plus qu'en faveur des plus précaires
- Suscitent des politiques intersectorielles dans lesquelles le rôle de l'ARS est important
- Se combinent
- Peuvent décaler l'angle d'attaque du problème et susciter de nouveaux intérêts



## Contenu 6/10

### Territoires

- Inégalités territoriales reflètent les inégalités sociales
- Résultats d'évaluation (PRAPS G2)
- Enjeu articulation de la politique de santé avec les politiques menées au niveau local (notamment PV, AT)
- Rôle et responsabilité de l'ARS pour un déploiement du PRS au niveau des territoires de la politique de la ville, des communes et leurs groupements
- Avec les instruments *ad hoc* de contractualisation (CUCS, CLS)
- Logique: descendante (mise en œuvre locale du PRS) et ascendante



## Contenu 7/10

### **Petite enfance**

- Inégalités documentées,
- Reproductibilité des inégalités sociales de santé,
- Politique concertée à construire

### **Environnement** (inégalités environnementales)

- Inégalités d'exposition (géographiques ou populationnelles) fonction des conditions et des milieux de vie, du contexte socio-économique et professionnel
- Inégalités de sensibilité (fonction de l'âge, de l'état de santé, du statut social).



## Contenu 8/10

- Cumul d'inégalités :
  - Habitation en zone bruyante, à proximité d'installations dangereuses, d'axes routiers importants, logement insalubre, pollution atmosphérique, expositions professionnelles...
  - A exposition égale, un ressenti souvent plus négatif
  - Une plus grande vulnérabilité: des expositions plus difficilement évitables, moindre capacité à agir auprès des décideurs
- Rôle majeur des politiques locales, de l'aménagement du territoire et de l'urbanisme...



## Contenu 9/10

- Lien avec la petite enfance:
  - Les conséquences des expositions précoces peuvent être graves (troubles du développement, pathologies chroniques ou à long terme)
  - Une sensibilité particulière (des organes en développement, des capacités d'élimination moins grandes que chez l'adulte, un ADN plus fragile)
  - Une exposition supérieure à celle des adultes
    - Quantité d'eau, d'aliment et d'air proportionnellement plus grande / adulte
    - Comportements qui augmentent certains risques d'exposition



## Contenu 10/10

### Outils

- Un plaidoyer : argumentaire "prêt à l'emploi" ainsi qu'un support Power point
- Quelques indications sur l'organisation, les partenariats (cartographie des acteurs régionaux chargés de la cohésion sociale), la participation des usagers, des principes d'action et des éléments d'évaluation
- Conseils de communication



## Conclusion

- 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 ISS et susciter de nouveaux partenariats, sur la base de savoir-faire existants et de nouveaux outils.



Membres du groupe: Bernard Basset, Christine César, Julie Gladin, Lionel Lavin, Vincent Méhinto, Marie-José Moquet, Penda Sall-Ndiaye, Jean Schweyer, Anne Vidy. Experts et contributeurs: Pierre Chauvin, Michèle Corbin, Paul Dourgnon, Corinne Drougard, Laurent El Ghozi, Guillaume Faburel, Luc Ginot, Zoé Héritage, Thierry Lang, Isabelle Rolland, Marc Schoene, Alain Turgeon, Michèle Vincenti, Cécile Allaire, Lucette Barthélémy, Stéphanie Baud, Claire Baudinat, Catherine Boutet, Sandrine Broussouloux, Nicole Civatte, Pierre Deltour, Catherine Gerhart, Delphine Girard, Antoine Gueniffey, Anne Guichard, Juliette Guillemont, Nathalie Houzelle, Paul Karsenty, Alice Kopel, Pierre Larcher, Dominique Maison, Daniel Marchand, Pascal Mélihan-Cheinin, Colette Ménard, Stéphanie Pin, Florence Rostan, Audrey Sitbon

Secrétariat général de la DGS - Bureau programmation, synthèse et évaluation

# Inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité

Groupe de travail:

**Thierry Lang,**

**Gerard Badeyan, Chantal Cases, Pierre Chauvin, Marc Duriez,  
Isabelle Gremy, Virginie Halley des Fontaines, Eric Jougla,  
Lucile Olier.**

**Une situation paradoxale**

- ▶ On sait depuis un demi-siècle qu'en France, un cadre vit plus longtemps et en meilleure santé qu'un ouvrier ou un employé
- ▶ L'accès à la santé est un objectif collectif inscrit dans les textes fondateurs de notre pays

**Une situation paradoxale**

- ▶ On sait depuis 50 ans qu'en France, un cadre vit plus longtemps et en meilleure santé qu'un ouvrier ou un employé
  
- ▶ L'accès à la santé est un objectif collectif inscrit dans les textes fondateurs de notre pays
  
- ▶ Pourtant, le bilan sanitaire est mitigé:
  - amélioration de l'état de santé en moyenne,
  - mais des écarts croissants entre groupes sociaux
  
- ▶ Des politiques de santé efficaces mais incomplètes

**Objectifs du groupe de travail**

- 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**

**Constat (1): les inégalités sociales de santé en France**

- De fortes inégalités, une tendance à s'accroître
- un gradient dans l'ensemble de la société, dont les personnes en situation précaire sont un extrême

**Constat (2): les déterminants des inégalités sociales de santé**

- **Multiples, intersectoriels, au-delà du système de soins**
- **Agissant tout au long de la vie**
- **L'accès primaire et secondaire aux soins est un enjeu majeur**

**Constat (3): les sources de connaissance**

**Ce que l'on sait des inégalités sociales de santé :**

- ▶ **des synthèses d'études et de travaux de recherche**
- ▶ **peu de données produites en routine**
- ▶ **un système d'information sanitaire pauvre en données sociales**

**Constat (4): les interventions et politiques publiques**

**Pour réduire les inégalités sociales de santé**

**- Des dispositifs exemplaires**

**Assurance Maladie**

**Médecine du Travail**

**Politiques de Protection Maternelle et Infantile**

**- Des interventions spécifiques**

**ciblant les populations « précaires »**

**concernant l'accès aux soins**

**peu connues**

**rarement évaluées**

**Constat (5): une volonté d'agir dans de nombreux pays**

- ▶ **Le rapport de la commission sur les déterminants sociaux, présidée par Sir M. Marmot**
  
- ▶ **En Europe:**  
**des approches diverses, sur un ensemble large de déterminants:**
  - intersectoriels**
  - comportements (pas seulement individuels)**
  - système de santé**

**Au terme de ce bilan**

**En l'absence d'objectif explicite fixé aux politiques de santé**

**Les inégalités sociales de santé ne vont pas disparaître (cf. les dernières années)**

**Elles peuvent même mettre en péril les résultats acquis**  
**(exemple: augmentation de l'incidence des cardiopathies dans certains groupes défavorisés en Ecosse)**

- ▶ **Se fixer un objectif**
- ▶ **Se donner les moyens de suivre les progrès**
- ▶ **Agir**

**Propositions: Se fixer un objectif**

- ▶ **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**

**Objectif :**

**Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.**

**Objectifs spécifiques :**

- réduire le gradient social et territorial des états de santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé**
- réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins**

**Propositions: Se donner les moyens de suivre les progrès**

- ▶ **Suivre des indicateurs synthétiques appendus à cet objectif**

**Par catégorie socio-économique :**

- Espérance de vie
- Espérance de vie avec et sans incapacité
- Mortalité prématurée, avant 65 ans
- Renoncements aux soins pour raison financière

**déclinés par zones géographiques, avec une vigilance particulière pour les Départements et Collectivités d'Outre-Mer.**

- ▶ **Un rapport de synthèse sur leurs évolutions au minimum tous les cinq ans.**

**Propositions: Se donner les moyens de suivre les progrès**

► **Urgence**

- Réintroduire la catégorie socioprofessionnelle (PCS)  
après 64 ans dans les données sur les causes de décès
- Permettre l'analyse de l'Echantillon Démographique Permanent,  
bloqué depuis 2006

**Propositions: Se donner les moyens de suivre les progrès**

***Constat:***

- ***Un système de surveillance épidémiologique centralisé***
- ***Des inégalités sociales liées à des territoires et des interventions possibles au niveau des collectivités territoriales***

**Propositions: Se donner les moyens de suivre les progrès**

***Constat:***

- ***Un système de surveillance épidémiologique centralisé***
- ***Des inégalités sociales liées à des territoires et des interventions possibles au niveau des collectivités territoriales***

- ▶ **Développer la production de données à l'échelon territorial fin**
- ▶ **Veiller à la comparabilité nationale et internationale d'un socle de mesures**

## *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 (gradient social) sans occulter la situation des personnes en situation de précarité ou marginalisées
- Le rôle des déterminants sociaux est majeur

**Propositions: Agir**

- ▶ **Evaluer l'impact a priori des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé**

**Propositions: Agir**

- ▶ **Evaluer l'impact a priori des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé**

**Premier pas vers des politiques intersectorielles**

**-Au niveau national**

**La révision constitutionnelle de 2008 érige l'évaluation des politiques publiques en principe constitutionnel.**

**Sur la base de la loi organique, inclure la santé parmi les éléments qui doivent figurer dans l'évaluation a priori de tout projet**

**Propositions: Agir**

- ▶ **Evaluer l'impact a priori des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé**

**Premier pas vers des politiques intersectorielles**

**-Au niveau national**

**La révision constitutionnelle de 2008 érige l'évaluation des politiques publiques en principe constitutionnel.**

**Sur la base de la loi organique, inclure la santé parmi les éléments qui doivent figurer dans l'évaluation a priori de tout projet**

**-Au niveau local**

**L'aménagement du territoire, le développement des transports, les plans d'urbanisme devraient faire l'objet d'évaluations d'impact de ce type**

- ▶ **Évaluer l'impact a priori des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé**

**Un exemple hors de nos frontières:**

**Article 54 de la Loi sur la santé Publique, Québec**

**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**

***Gouvernement du Québec, Loi sur la Santé Publique. L.R.Q., chapitre S.2-2 (2001)***

**Entre une politique de l'urgence**

**et**

**Le renvoi à la disparition de toutes les inégalités sociales**

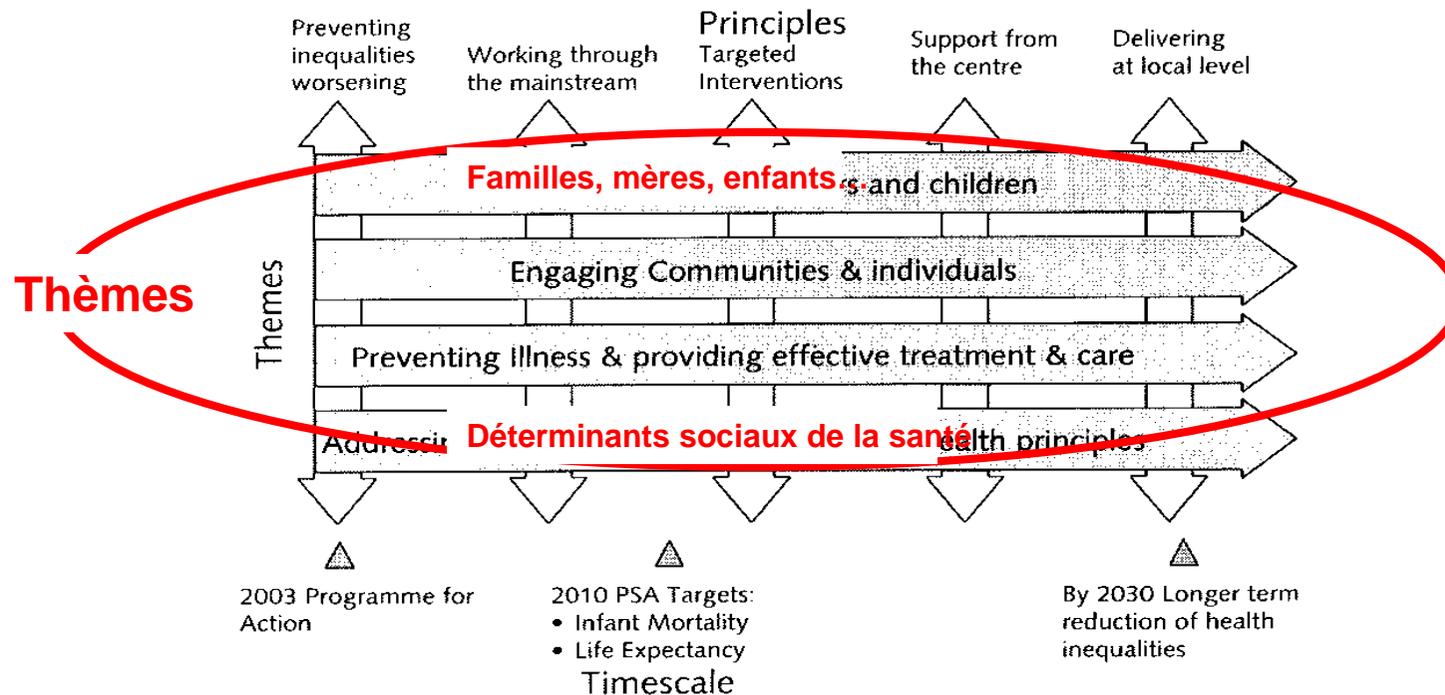
- ▶ **Articuler politiques de long, moyen terme et de « rattrapage »**
- ▶ **Articuler et coordonner politiques nationales et locales**

**Mettre en place de véritables plans stratégiques pour atteindre les objectifs explicitement fixés.**

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

Strategy

Figure 2: Health Inequalities Programme for Action: Themes and Principles

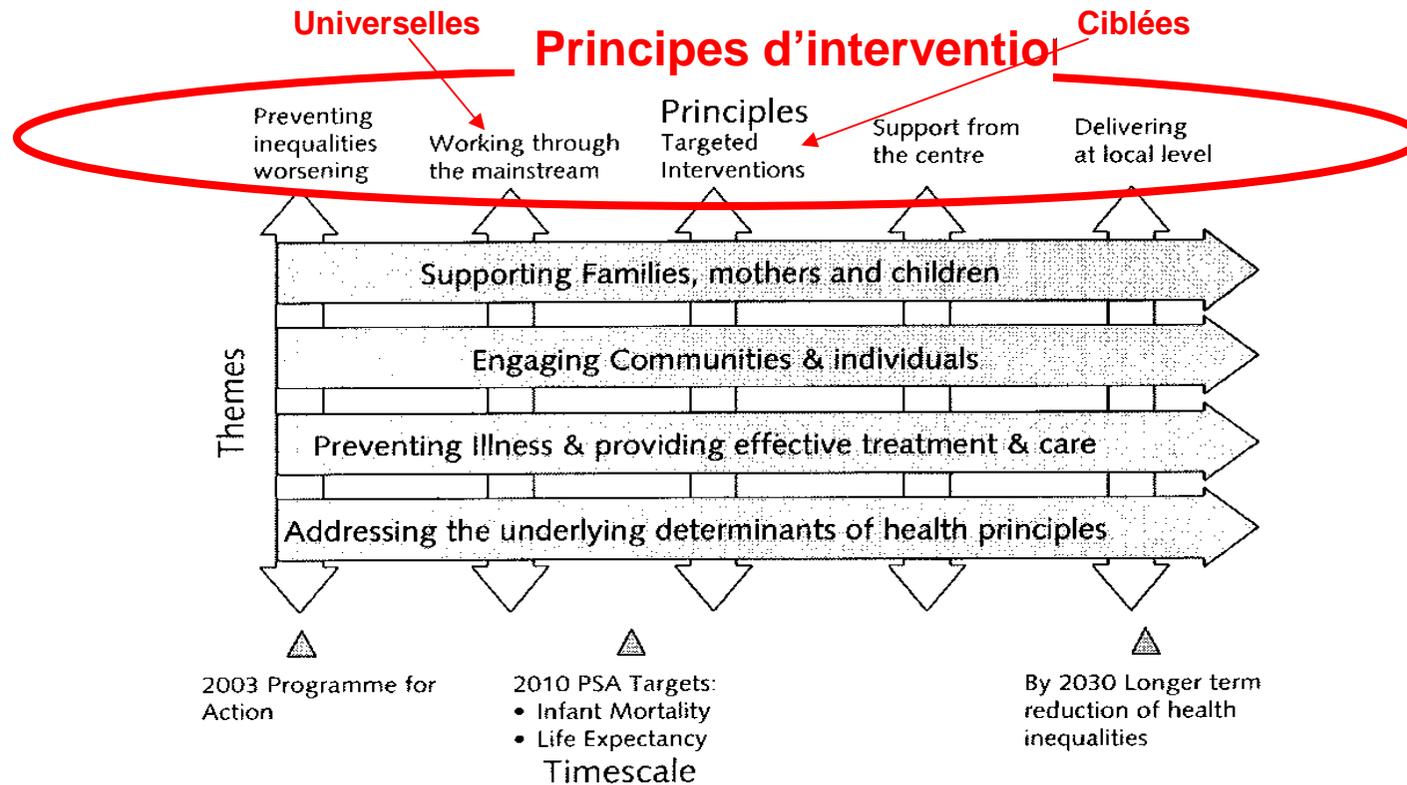


*Tackling health inequalities : A programme for action. Department of Health. UI*



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

Strategy



**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

**Exemple:**

**Objectif: réduction des inégalités sociales d'incidence et de désavantages des maladies chroniques (cardiovasculaires, ostéoarticulaires...)**

**Constats :**

**-Chez les enfants** (source enquête DREES):

- Stabilisation de l'épidémie d'obésité**
- Accroissement des inégalités sociales**

**-L'obésité est à l'origine de nombre de maladies chroniques (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires...)**

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

### **Programme coordonné**

#### **- Long terme**

**Réduction des inégalités sociales d'index pondéral chez les enfants**

=> résultats dans quelques dizaines d'années

=> indicateurs d'efficacité: quelques années

#### **- Moyen terme**

**Conditions matérielles et psychosociales du travail**

#### **- Court terme**

**Dépistage, accès aux soins, éducation thérapeutique**

► **Développer la responsabilité des institutions du système de soins et des soignants vis-à-vis de la population**

**Inscrire la mise en place d'indicateurs de suivi  
de l'accès primaire  
et secondaire aux soins  
et les interventions pour les améliorer  
parmi les éléments de certification des établissements hospitaliers.**

**Exemples d'indicateurs en population:**

- renoncements aux soins**
- délai d'accès à certains actes techniques  
(mammographie, scanner...)**

► **Introduire la réduction des inégalités sociales de santé au cœur du développement durable des territoires**

La logique de développement durable rejoint la promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa:

- intersectorialité
- participation des habitants aux décisions ayant une influence sur leur santé.

**Inclure la santé et ses inégalités**

- dans le diagnostic territorial partagé
- dans les projets territoriaux de développement durable

## Recherche

### Développer

- **Interdisciplinarité** des recherches sur les déterminants sociaux de la santé
- **Méthodes d'évaluation des interventions**

## Formation

### Former l'ensemble des professionnels de santé

- Représentations de la santé
- Pratiques

**► Mettre en place un centre d'expertise et de coordination de cet objectif de la loi**

- Espace de coordination concret,
  - associant chercheurs et praticiens,
  - niveaux local et national,
  - centre d'expertise et de coordination
  
- Chargé d'évaluer, monitorer, coordonner cet objectif de la loi
- Offrir un centre d'expertise au service des collectivités territoriales
- valoriser les comparaisons et échanges internationaux

**Conclusion**

**La volonté d'agir a été affirmée, elle s'est traduite jusqu'à présent par des initiatives isolées.**

**Elle doit maintenant se traduire**

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

**Conclusion**

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

## **Haut Conseil de la santé publique**

### **Merci à :**

**B Basset, M César (INPES)**

**M Berthod (IGAS)**

**J Bloch (InVS)**

**M. Bur (Député)**

**L Chambaud (DRASS)**

**G Costa (Turin)**

**JC Desenclos (InVS)**

**P Echard-Bezault (DIACT)**

**M Fleurbeay (Paris V)**

**J Freyssinet (groupe CNIS sur la mesure des inégalités)**

**M Goldberg (Inserm)**

**Didier Houssin (DGS)**

**Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Santé Société, IFERISS**

**F Jusot (Paris-Dauphine)**

**P Larcher, (D.G A.S)**

**A Leclerc (Inserm)**

**M. Leguen (Député)**

**P Lombrail, (Santé Publique)**

**G Menvielle (Inserm)**

**D Polton (CNAMTS)**

**G Rey (Inserm)**

**Sarah Simpson (WHO European Office for Investment for Health and Development)**