



Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution

Dossier coordonné par


Gwenn Menvielle

Sorbonne université, Inserm, Institut Pierre Louis
d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP),
Équipe de recherche en épidémiologie sociale
(Eres), Paris

Thierry Lang

Professeur émérite de l'université de Toulouse,
Cerpap, université de Toulouse, Inserm, UPS,
Toulouse, Institut fédératif d'études et de recherche
interdisciplinaire santé société (Iferiss) Toulouse,
membre du HCSP

Ce dossier constitue un questionnement du rôle des politiques publiques dans la construction des inégalités sociales de santé. Il propose une vision prospective des inégalités sociales de santé et des prochaines thématiques à mieux maîtriser, notamment à partir des premiers résultats à l'heure de l'épidémie de Covid-19 et de ce qu'ils montrent sur les inégalités sociales de santé.





État des lieux des inégalités sociales de santé

Malgré quelques éléments encourageants, assez peu de progrès ont été notés en termes de réduction des inégalités sociales de santé. En France, les disparités de morbidité et de mortalité demeurent à un niveau élevé.

Les inégalités sociales d'espérances de vie en bonne et en mauvaise santé : approche démographique et état des lieux

Emmanuelle Cambois
Institut national
d'études
démographiques
(Ined)

Les inégalités sociales de santé se construisent tout au long de la vie et elles s'accroissent à mesure que les risques pour la santé s'accumulent, notamment avec l'avancée en âge. Ces expositions délétères créent des contextes et une vulnérabilité vis-à-vis des risques de mortalité et de santé ; vulnérabilité qui s'est particulièrement manifestée lors de la crise sanitaire de la Covid-19, qui a durement touché les groupes socialement défavorisés. Un enjeu de santé publique est de pouvoir rendre compte de la manière dont des contextes différents, socialement marqués, influent à la fois sur la longévité et sur la qualité des années vécues.

La transition épidémiologique et les inégalités de santé

Longévité et santé recouvrent des réalités différentes en termes de déterminants et de besoins de santé. La « transition épidémiologique » décrit comment les populations gagnant en longévité sont passées historiquement d'un contexte sanitaire où prévalaient des maladies fortement létales (i.e. maladies infectieuses), à un contexte dans lequel ces dernières ont laissé place

à des maladies auxquelles on survit davantage, qu'on en guérisse ou qu'on vive avec. Les années d'espérance de vie ont ainsi été gagnées pour partie en bonne santé et pour partie avec des pathologies, notamment aux grands âges. Or certaines sont invalidantes, entraînant différents types d'incapacités : des troubles fonctionnels (sensoriels, physiques, cognitifs) plus ou moins gênants, pouvant aller jusqu'à limiter les activités du quotidien et affecter l'autonomie¹. La prévalence des maladies, leurs caractères, invalidant et létales, dépendent du contexte sanitaire dans lequel on vit : expositions tout au long de la vie, prévention, soins et services, assistance. En s'appuyant sur la transition épidémiologique, on peut interpréter les inégalités sociales de santé comme le résultat de contextes différents qui coexistent dans la population : avec des expositions spécifiques à des pathologies, pour certaines encore fortement létales et pour d'autres invalidantes, et avec des chances iné-

1. Lorsque ce sont les activités essentielles qui sont empêchées, comme les activités de soins personnels, la personne devient dépendante de l'aide d'un tiers pour que ces activités soient réalisées ; c'est un indicateur fréquemment utilisé pour appréhender dépendance et perte d'autonomie.

gales de s'en protéger, de s'en remettre ou de limiter les risques d'incapacité.

Les espérances de vie en bonne et en mauvaise santé sont des indicateurs utiles pour cette approche, car elles appréhendent simultanément longévité et santé (encadré 1); elles montrent dans quelle mesure longévité et santé vont de pair ou si une vie plus longue s'accompagne de pathologies, potentiellement invalidantes, avec lesquelles on vit plus longtemps.

Les inégalités sociales d'espérance de vie en santé en France et dans le monde

Même si la production d'espérance de vie en santé selon le niveau socio-économique est encore limitée par la rareté des données nécessaires (lire l'encadré), les travaux couvrant une vingtaine de pays au fil des années 2000 permettent de dresser un panorama [15]. En France, au début des années 2000, l'espérance de vie des cadres à 35 ans est de quarante-sept ans pour les hommes et de cinquante et un ans pour les femmes (figure 1); ce sont respectivement six et deux années de plus que la catégorie ouvrière. L'espérance de vie plus courte des ouvriers ne leur épargne pas d'années d'incapacité, ce que nous appelons la « double peine » des ouvriers, puisqu'ils vivent quatre ans de plus avec des limitations fonctionnelles chez les hommes et six ans de plus chez les femmes que les cadres. Alors, les écarts d'années de vie sans incapacité sont encore plus larges que les écarts d'espérance de vie : les cadres vivent jusqu'à dix années de vie de plus sans limitation fonctionnelle chez les hommes et huit années chez les femmes². Par ailleurs, en lien avec les inégalités dans les chances de vieillir en bonne santé, on observe des inégalités dans les chances

2. On retrouve des différences d'années de vie en bonne et en mauvaise santé tout au long du gradient socioprofessionnel.

d'atteindre l'âge de la retraite sans incapacité : entre 50 et 64 ans, les cadres vivent en moyenne deux ans et demi avec des limitations fonctionnelles vs trois ans pour les professions intermédiaires, quatre ans et demi pour les ouvrières, agriculteurs, agricultrices, employées, et cinq ans pour les ouvriers. Ces résultats remettent en question la possibilité pour certains du maintien en emploi jusqu'à l'âge officiel de retraite.

Au niveau international, on retrouve ce double désavantage face à la longévité et au vieillissement en bonne santé, que les catégories soient caractérisées par un faible niveau d'instruction, des métiers peu qualifiés ou de faibles ressources [15]. Certaines recherches, basées sur des données identiques pour plusieurs pays, montrent aussi une grande variation des écarts d'années sans incapacité.

En termes d'évolution, en France dans les années 1980, des gains similaires pour tous les groupes n'ont pas permis un rattrapage des groupes moins favorisés, ni en termes de longévité, ni en termes de santé. Aux États-Unis, on observait même un creusement des écarts du fait de gains plus importants parmi les plus favorisés. C'est cette tendance de persistance, voire d'accroissement des écarts, qui se poursuit dans les années récentes; et dans certains cas, comme au Danemark, on constate même que la part des années d'incapacité les plus sévères se réduit chez les plus instruits alors qu'elle augmente chez les moins instruits.

Les maladies qui contribuent aux inégalités d'espérance de vie en bonne et en mauvaise santé

Les différentiels de mortalité entre groupes sociaux sont largement dus aux pathologies cardiovasculaires ou aux cancers. En matière d'espérance de vie en bonne santé, les études internationales montrent que les écarts sociaux sont dus à un cumul de désavantages face à des maladies létales et invalidantes [56].

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

Les espérances de vie en santé

Les espérances de vie en santé (ou espérances de santé) résument les conditions de mortalité et de santé « du moment » à partir des risques de décéder et des risques de maladies ou d'incapacités à chaque âge, observés une année donnée. Il s'agit d'enrichir les « tables de mortalité », en y intégrant des données de santé pour décomposer la somme des « années vécues » en années en bonne et en mauvaise santé, d'âge en âge; on en déduit la mesure agrégée d'espérance de vie en santé, de la même manière que pour l'espérance de vie. On peut estimer les espérances

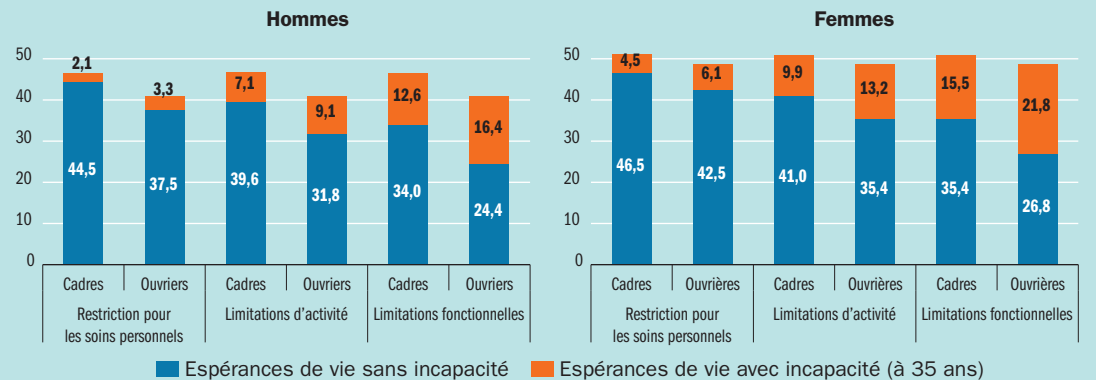
de vie en santé à partir de n'importe quel âge, pour lequel les données sont disponibles (à la naissance, à 35 ans, à 65 ans), ou entre deux âges (entre 50 et 65 ans). Il y a autant d'espérances de vie en santé que de mesures de la santé (maladie, santé perçue, incapacités). L'un des principaux problèmes de ces calculs est la disponibilité des données par âge. En théorie les estimations requièrent des données longitudinales permettant de mesurer les transitions entre bonne et mauvaise santé à chaque âge, et vers le décès; ces enquêtes sont coûteuses et rares, et les effectifs

souvent trop faibles pour estimer ces transitions selon différents critères. Ainsi, la plupart des estimations sont faites à partir des données de mortalité d'une part, et de santé d'autre part (issues de données d'enquêtes en population). Les données de mortalité selon le groupe social ne font pas toujours partie des statistiques publiques produites en routine et à grande échelle; c'est pourquoi les estimations d'espérances de vie en santé déclinées selon le niveau socio-économique sont plus rares que les estimations pour la population dans son ensemble. ●



figure 1

Espérances de vie avec et sans incapacité à 35 ans en 2003 en France dans les catégories socioprofessionnelles des cadres et des ouvriers



Sources : Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 et Échantillon démographique permanent. D'après Cambois E., Laborde C., Robine J.-M. « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte ». *Population et Sociétés*, 2008, 441, p. 1-4.

Par exemple, en France, la plus grande fréquence de troubles musculosquelettiques et mentaux chez les ouvriers et employés par rapport aux cadres contribue à leur plus grand nombre d'années d'incapacité ; s'y ajoute une plus grande fréquence de maladies pulmonaires et circulatoires, à la fois invalidantes et létales, qui contribue en plus à réduire leur espérance de vie [58]. Les pathologies en cause sont sensibles à des facteurs de risque sociaux, auxquels sont plus exposées les catégories des employés et des ouvriers : mauvaises conditions de vie et de travail, pratiques liées à la santé ou défauts de soins. Divers travaux, notamment européens, montrent en effet que le stress professionnel, les pratiques alimentaires, le tabagisme ou le cumul du surpoids et du tabagisme contribuent à réduire le nombre d'années de vie en bonne santé chez les professions peu qualifiées ou les moins diplômés [12, 15].

Le scénario est autre pour les différences entre les sexes : les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais passent plus d'années d'incapacité qu'eux, et ce que l'on considère les cadres ou les ouvriers (figure 1). À l'origine de ces différences, on observe ici non pas un cumul mais une répartition de risques invalidants et létaux : en moyenne, les premiers sont plus fréquents chez les femmes et les seconds chez les hommes [56]. Le fait notable est que les pathologies en cause sont les mêmes que celles qui distinguent les groupes sociaux : les femmes ont plus de troubles musculosquelettiques et mentaux et les hommes plus de pathologies cardiovasculaires [55]. Les différences face à ces pathologies, que l'on sait sensibles à des facteurs sociaux, peuvent être reliées aux parcours de vie et aux situations socio-économiques notoirement différents selon le sexe. On montre à cet égard que les carrières des femmes en France, plus souvent hachées,

stagnantes et peu qualifiées, sont effectivement liées à leur désavantage en matière de troubles anxio-dépressifs et physiques relativement aux hommes [16].

Les inégalités sociales d'espérance de vie en mauvaise santé : politiques de santé et politiques sociales

L'ampleur variable des écarts sociaux d'un pays à l'autre résulte des contextes différents des pays européens en matière de prévention, d'accès aux soins ou de pratiques à risque pour la santé. Mais ils relèvent plus généralement des systèmes de protection sociale, des systèmes d'éducation et du développement économique. C'est pourquoi on constate aussi une influence sur les niveaux d'espérance de vie sans incapacité dans les pays européens d'indicateurs macroéconomiques témoignant de politiques publiques protectrices : les dépenses en soins pour la population âgée, l'âge de la retraite, le niveau de précarité économique. L'articulation des systèmes sanitaires, sociaux et économiques conduit à des contextes sanitaires plus ou moins socialement homogènes qui affectent les niveaux d'exposition aux maladies et les chances d'en guérir ; ils affectent aussi les risques de restrictions dans les activités du quotidien que les pathologies induisent.

Les résultats présentés peuvent être lus comme des phases de la transition épidémiologique traversées à différents moments par les groupes sociaux. Les gains de longévité, acquis dans un premier temps par les plus favorisés dont les contextes de vie facilitent le bénéfice des progrès, s'accompagnent de troubles de santé invalidants par exemple associés aux grands âges, des progrès venant ensuite progressivement diminuer les risques d'un impact de ces pathologies sur la vie quotidienne. Ces mêmes étapes touchent-elles, de manière décalée dans le temps, les autres groupes ?

C'est probable, mais la question de contextes spécifiques limitant le bénéfice des avancées pour certains reste posée : les groupes moins favorisés semblent toujours plus exposés à des pathologies létales et invalidantes, avec des probabilités plus faibles d'en guérir ou de faire avec.

On comprend que les systèmes et politiques auront des effets différents sur les inégalités sociales d'espérance de vie en bonne et en mauvaise santé selon qu'ils développent plutôt des protections vis-à-vis de risques létaux (par exemple la lutte contre le tabagisme), des risques sociaux (i.e. lutte contre la pauvreté, accès universels aux soins), des pathologies invalidantes (i.e. réduction des troubles musculosquelettiques) ou des

facteurs qui causent ces pathologies (i.e. conditions de travail). Les systèmes peuvent aussi jouer sur les chances de réduire les risques d'incapacité, parmi les personnes ayant des pathologies invalidantes, en développant et en généralisant les stratégies visant à en réduire l'impact sur l'autonomie, ainsi que la participation sociale (accessibilité des aides techniques, adaptation des environnements professionnels, domestiques et résidentiels...). Un défi sera de mieux appréhender, notamment grâce aux espérances de vie en santé selon le niveau socio-économique, ces liens directs et indirects entre l'évolution des systèmes, l'évolution des années avec et sans problèmes de santé et l'évolution des inégalités sociales en la matière. ●

Dispositif statistique permettant la mesure et l'étude des inégalités sociales de santé : où en est-on en 2021 ?

Le niveau socio-économique est un concept multidimensionnel. Ses composantes individuelles peuvent globalement se résumer autour de l'éducation, de l'emploi, du logement, des revenus et des biens. L'analyse et le suivi des inégalités sociales de santé nécessitent l'utilisation de données socio-économiques individuelles, dont les principales sources sont issues de la statistique publique et des enquêtes représentatives de la population générale.

Afin de pallier les coûts qu'imposent le recueil, l'accès et l'exploitation des données individuelles socio-économiques, la recherche s'est fréquemment tournée vers les données socio-économiques agrégées à l'échelle géographique. Ces mesures écologiques du niveau socio-économique en population générale sont principalement diffusées en routine par l'Insee. Elles sont librement mises à disposition en ligne sans contrepartie. L'utilisation de scores synthétiques mesurant le niveau socio-économique du lieu de résidence comme « proxy-individuel », bien que contestable, est également assez répandue. Nommés historiquement « indices de désavantage social » (*social deprivation indices*), leurs fonctions initiales au Royaume-Uni étaient de mesurer et d'effectuer une veille des inégalités socioterritoriales à l'intention des décideurs de politique publique. Il existe aujourd'hui plusieurs indices de désavantages adaptés aux études en population générale, dont les méthodes de construction diffèrent en fonction de leurs objectifs initiaux [64]. Finalement, de par leurs avantages que sont l'accessibilité, la diffusion en routine et la reproductibilité dans le temps, les mesures écologiques sont principalement utiles à la veille et à l'exploration de

nouvelles hypothèses sur l'étiologie des maladies. Leur utilisation dans une étude individuelle en tant que « proxy » du niveau socio-économique expose les estimations à l'erreur écologique. Ces données sont cependant particulièrement adaptées à l'analyse des effets du contexte de résidence sur la santé, les inégalités sociospatiales pouvant alors aussi être analysées en interrelation avec les expositions environnementales et l'accessibilité aux services suivant des designs multiniveaux. À défaut de recueillir des données socio-économiques individuelles, de nombreux jeux de données de santé ne peuvent être analysés que sous l'angle des caractéristiques du lieu de résidence. C'est le cas notamment du Système national des données de santé (SNDS), qui regroupe l'ensemble des données médico-administratives recueillies à titre obligatoire en France.

Deux types de sources d'informations individuelles permettent d'évaluer les inégalités sociales de santé : les mesures socio-économiques recueillies pour alimenter le même jeu de données que la mesure de santé d'intérêt (comme la profession déclarée sur le bulletin d'état civil de décès), qui sont des données non chaînées, et les données socio-économiques provenant d'une source externe indépendante, qui sont les données chaînées (ou appariées). Si les données non chaînées ont initié au cours de l'histoire la mesure des inégalités sociales de santé, elles sont associées à des biais, notamment lorsque les nombres d'événements de santé doivent être rapportés à des estimations de population pour lesquelles le niveau socio-économique n'est pas recueilli de façon comparable [67]. Une source de biais systématique est induite par la sensibilité du niveau et

Walid Ghosn
Grégoire Rey
Inserm, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), Le Kremlin-Bicêtre

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.



L'évolution des inégalités sociales relatives au tabagisme en France entre 2000

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

Contexte et méthodes

Chaque année, en France, le tabagisme est à l'origine de 75 000 décès [6]. Depuis 2014, la lutte antitabac a été renforcée avec la mise en place de plans nationaux. La prévalence du tabagisme est un indicateur essentiel d'évaluation des politiques menées. Cet indicateur peut être obtenu à partir des données des Baromètres de Santé publique France, conduits annuellement depuis 2016. Ces enquêtes aléatoires représentatives de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine sont menées par téléphone auprès d'échantillons variant entre 9 000 et 25 000 personnes.

Au début des années 2000, la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes s'élevait à 30,0 %, niveau autour duquel elle s'est maintenue jusqu'en 2016. Puis, une baisse d'une ampleur inédite a été observée, la prévalence du tabagisme quotidien atteignant 24,0 % en 2019 [60]. Ces évolutions globales masquent de grandes différences selon le niveau socio-économique des personnes.

Entre 2000 et 2016 : accroissement des inégalités sociales en matière de tabagisme

Au début des années 2000, les écarts de prévalence du tabagisme étaient relativement limités selon les caractéristiques socio-économiques. Selon le

niveau d'études, entre 28 % et 34 % des 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement ; selon le niveau de revenu, entre 28 % et 31 % ; et selon la situation professionnelle, entre 34 % pour les actifs occupés et 41 % pour les personnes au chômage et les étudiants.

Entre 2000 et 2016, les inégalités sociales en matière de tabagisme se sont creusées. Parmi le tiers de la population ayant les revenus les plus bas, le tabagisme quotidien a augmenté de 31,4 % à 38,8 %, alors qu'il a diminué parmi le tiers de la population ayant les revenus les plus élevés de 28,3 % à 21,0 % (figure 1). Les mêmes constats sont observés selon le niveau d'études et la situation professionnelle.

Entre 2016 et 2019 : stabilisation des inégalités

Entre 2016 et 2019, la diminution de la prévalence du tabagisme observée est d'une ampleur inédite depuis le début des années 2000, et cette baisse s'observe pour la première fois parmi les populations les plus défavorisées.

Ainsi le tabagisme quotidien a baissé de 38,8 % à 29,8 % parmi les personnes aux plus bas revenus. L'écart avec le tiers de la population ayant les revenus les plus élevés s'élève à 12 points en 2019 (prévalence de 18,2 %) (figure 1). Cette tendance est également observée selon le niveau d'études et la situation professionnelle.

Perspectives

Plusieurs facteurs peuvent expliquer une prévalence du tabagisme plus élevée parmi les populations socialement défavorisées : l'utilisation de la cigarette pour gérer le stress, la difficulté à se projeter dans l'avenir, la méfiance à l'égard des messages de prévention, le déni du risque, une dépendance nicotinique plus importante, une norme sociale en faveur du tabagisme... [61]. De plus, les fumeurs des catégories sociales moins favorisées sont aussi nombreux que les autres à vouloir et à tenter d'arrêter de fumer mais ils y arrivent moins souvent [44].

Malgré une baisse de la prévalence du tabagisme quotidien depuis 2016 parmi les populations moins favorisées, les écarts entre groupes socio-économiques restent marqués. Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés chez les jeunes de 17 ans : malgré une baisse importante observée, la prévalence du tabagisme reste nettement plus élevée parmi les jeunes en apprentissage ou sortis du système scolaire et parmi les adolescents issus de milieu défavorisé [48]. Même si des effets de désirabilité sociale, potentiellement plus importants ces dernières années, ne peuvent être exclus, les résultats vont néanmoins dans le sens d'une stabilisation des inégalités sociales liées au tabagisme.

Ces résultats incitent à poursuivre et renforcer les actions menées en direction des populations défavorisées. Il est ainsi

Anne Pasquereau
Raphaël Andler
Romain Guignard
Viêt Nguyen-Thanh
Santé publique
France, Direction
de la prévention
et de la promotion
de la santé, unité
Addictions

de la mesure socio-économiques aux événements de santé eux-mêmes, comme une perte de revenus suite à une longue maladie ou l'incapacité du sujet concerné à déclarer lui-même des informations le concernant (en cas de décès notamment). Ces biais ont progressivement poussé les acteurs de la santé publique vers des sources de données socio-économiques externes recueillies indépendamment de l'événement de santé, les bases de données en population générale documentant le niveau socio-économique individuel.

Les bases de données en population générale couvrant les dimensions du niveau socio-économique qui sont produites en routine sont principalement issues de la statistique publique. Dispersées au sein d'institutions et d'organismes divers, certaines informations se retrouvent toutefois centralisées par la Direction

générale des finances publiques (DGFiP) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). Contenant une large quantité de données individuelles, elles sont principalement utilisées à des fins de gestion à l'échelle de l'individu, locale et macroéconomique, ce qui justifie l'échange systématique de certaines informations. Parallèlement à ces données, une source d'informations très riche de nature déclarative se retrouve également à l'Insee. En effet, les bulletins individuels issus du recensement de la population sont tirés annuellement pour alimenter l'Échantillon démographique permanent (EDP), qui est construit exclusivement à des fins d'études populationnelles.

Les données de la DGFiP centralisent les revenus et le patrimoine des individus depuis les différentes déclarations d'impôts annuelles obligatoires pour toutes

et 2019

nécessaire de concevoir des actions de prévention adaptées, efficaces et acceptables pour les personnes ayant un plus faible niveau socio-économique. Une offre de services d'aide au sevrage tabagique de proximité (implantation prioritaire dans les zones défavorisées), une démarche proactive des organisations promouvant l'arrêt du tabac (appels ou SMS en direction des populations cibles par exemple) et une co-construc-

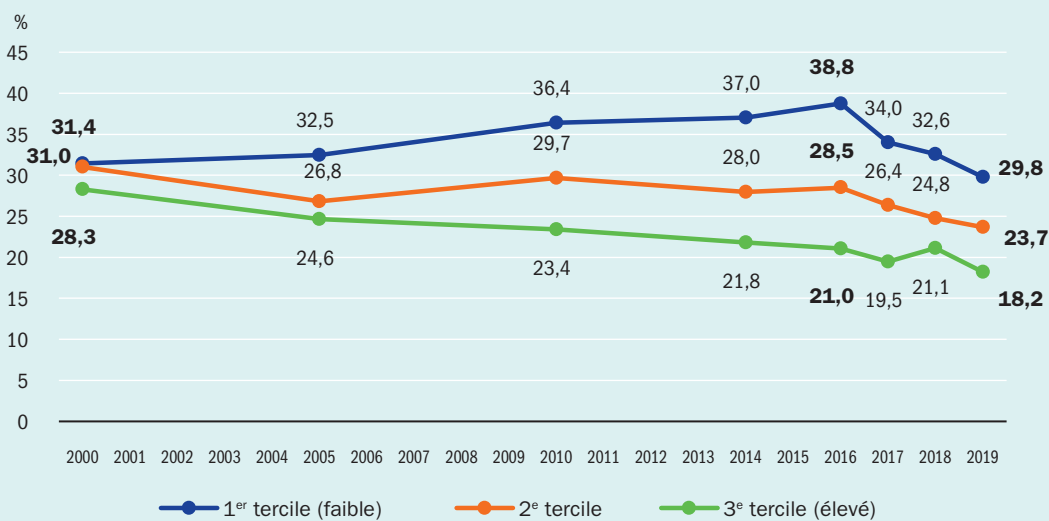
tion des interventions avec les publics cibles pourraient constituer des leviers permettant d'atteindre et d'accompagner davantage les populations précaires dans la réduction du tabagisme. L'efficacité de certaines interventions adaptées a été montrée [37].

Le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 a souligné l'importance de lutter contre les inégalités sociales en matière de tabagisme, puis

le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 a amplifié cette dynamique en créant des objectifs spécifiques pour les populations précaires : actions d'accompagnement spécifiques, accessibilité des aides à l'arrêt, hausses de prix du tabac (intervention qui peut être plus efficace auprès des personnes défavorisées), outils de prévention accessibles à tous dans le cadre des campagnes de marketing social. ●

figure 1

Figure 1 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le revenu par unité de consommation parmi les 18-75 ans entre 2000 et 2019 (en pourcentages)



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018 et 2019.

personnes résidant sur le territoire national. Actuellement, deux dispositifs, nommés Fideli et FiLoSoFi, produisent en routine des données géographiques sur la distribution des revenus à des échelles infracommunales. Des données individuelles sont également reconstruites pour les individus de l'EDP et leurs proches déclarés dans le même logement. Elles permettent d'obtenir des informations précises sur les caractéristiques de leur logement, le statut d'occupation de celui-ci, ainsi que sur la composition du ménage fiscal. De plus, le rapprochement entre les revenus fiscaux et les prestations sociales transmises par la Cnav et les organismes de prestations sociales (OPS) permet notamment depuis 2011 d'enrichir l'Échantillon démographique permanent d'un revenu disponible monétaire du ménage estimé pour chaque individu. Cependant, les structures collectives

(maisons de retraite, communautés religieuses, cités universitaires, prisons, etc.) ainsi que les personnes les plus précaires (en foyers de travailleurs, etc.), les sans domicile fixe ou sans-abri en sont exclues. Bien que ces données soient largement reconstruites selon des règles de décision pouvant aboutir à des erreurs, les dimensions revenus et logement y sont presque exhaustivement couvertes.

Les données de la Cnav, plus particulièrement celles issues du Système national de gestion des carrières (SNGC), sont également une source d'informations très riche en données socio-économiques. Pour chaque individu sont chaînées à l'aide du Système national de gestion des identités (SNGI) les données nécessaires à l'acquisition de droits et de calcul de pensions, soient des flux d'informations provenant des diffé-



rents OPS (régimes de retraites, Caisse nationale de l'assurance maladie [Cnam], Caisse nationale des allocations familiales [Cnaf], Pôle emploi) et de la Déclaration sociale nominative (DSN). Ces bases sont donc construites avec pour finalité la centralisation des mesures longitudinales caractérisant l'emploi et le revenu individuel de manière très détaillée : nature du contrat de travail, statut, quotité travaillée, salaire, période de chômage et d'inactivité, domaine d'activité de l'entreprise, qualification du poste, arrêts maladie et de travail, toutes prestations sociales concernant l'emploi et la santé, etc.

Les données issues de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur sont également une source d'information pertinente pour l'étude des inégalités de santé pour plusieurs raisons. Le niveau d'études atteint entre 25 et 30 ans reste stable au cours de la vie d'un individu, ce qui permet un suivi temporel aisé des inégalités de santé par génération ainsi que leur comparaison entre pays [52]. Par ailleurs, les évaluations des acquis scolaires des élèves permettent d'en dégager des mesures objectives sur des notions clés pour la santé, comme le niveau de lecture à certains âges de la vie en lien avec la littératie en santé.

L'Échantillon démographique permanent présente un statut centralisateur particulier dans le paysage des données permettant de mesurer les inégalités de santé en France. Échantillonné à 1 % de la population générale entre 1968 et 1999 puis à 4 % depuis 2004, il est produit initialement par rapprochement entre les données d'état civil (naissance, mariage, décès) et les bulletins individuels de recensement. Il comporte dans sa version actuelle des questions précises sur le mode de conjugalité, la situation professionnelle ou la recherche d'emploi le cas échéant, les caractéristiques de l'emploi actuel ou antérieur, le niveau d'études ou la formation en cours, sur la localisation du logement actuel et antérieur. Cette base de données individuelles qui comprend les bulletins des recensements de 1968, 1975, 1982, 1990, et 1999, est aujourd'hui consolidée annuellement avec les données issues de l'Enquête annuelle de recensement (EAR). Exclusivement mise à disposition à des fins de recherche, elle a récemment été enrichie par des bases de données externes, notamment par le panel « tous salariés » composé des DSN complétées des fiches de paies des agents de l'État (FPE) de manière exhaustive depuis 2002, et des données sociofiscales depuis 2011 issues des dispositifs FiLoSoFi et Fideli. Ces données chaînées concentrent à ce jour le plus large éventail d'informations socio-économiques individuelles sur un échantillon représentatif de la population.

Un besoin de chaîner les données socio-économiques individuelles avec les données de santé

S'il existe un certain nombre d'enquêtes et d'échantillons créés en routine à partir de données issues de la statistique publique, rares sont les bases de données contenant des mesures objectives du niveau

socio-économique chaînées avec des bases de données de santé de type médico-administratives, de registres ou de cohortes. On pourra citer à titre d'exemple la cohorte Constances [73] et l'Échantillon démographique permanent-Santé [30].

En effet, depuis 2016 un projet nommé EDP-Santé est porté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Il vise à chaîner l'Échantillon démographique permanent au Système national des données de santé. Des problèmes d'ordre réglementaire ont induit des délais exceptionnels jusqu'à la mise à disposition de ces données chaînées. La demande d'autorisation de l'appariement ayant été acceptée en mars 2019, ces données sont maintenant à disposition de la Drees pour évaluer la stratégie nationale de santé 2018-2022. Leur mise à disposition à la recherche est depuis 2020 la priorité annoncée.

Conclusion

Le chaînage de ces informations socio-économiques individuelles, très riches mais réidentifiantes avec des données de santé, reste suspendu à la réglementation et aux procédures institutionnelles associées, à la conformité des infrastructures de mise à disposition et d'exploitation, à la capacité des acteurs à appliquer des méthodes d'appariement efficaces ou *via* l'accès à un référentiel et un identifiant communs.

La mise en place de procédures industrialisées de chaînage entre des données socio-économiques individuelles et des données de santé (SNDS, registres, cohortes) permettrait un gain significatif dans la finesse d'analyse des inégalités interindividuelles. En ce qui concerne le SNDS, une étape préalable consiste néanmoins à identifier l'incidence des maladies à travers des indicateurs, ou « proxys », fondés sur des algorithmes combinant des données de consommation de soins, en veillant à ce que ces proxys ne soient pas biaisés socialement ou spatialement. Cela ne peut se faire aujourd'hui sans le recours à un *gold standard* que représente un recueil dédié associé à un contrôle qualité rigoureux, comme peut l'exercer un registre ou une cohorte. Cela souligne à quel point la mesure des inégalités de santé est dépendante d'un écosystème des données produites par la puissance publique, à la fois au sein des données de santé, mais également avec d'autres sources produites par la statistique publique. Le Health Data Hub (HDH) est une initiative qui va dans ce sens en ce qui concerne les données de santé, même si la dimension santé publique et les données en vie réelle autres que de santé sont aujourd'hui peu présentes. La construction de partenariats forts et structurés entre l'Insee, le Health Data Hub, et les infrastructures de la recherche et de la veille en santé publique, est une nécessité pour avancer sur les procédures et les outils d'accompagnement (formation, documentation) encadrant ces sujets. La communauté de la recherche et de la veille en santé publique est porteuse de ce besoin. ●

Le rôle majeur des politiques publiques

Des efforts visant la réduction des inégalités sociales de santé existent au niveau local. Ils peuvent être effacés par des politiques publiques nationales qui creusent les inégalités sociales de santé.

La contribution des soins de proximité à la réduction des inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé se construisent très tôt dans le cycle de vie, et la majorité des déterminants, d'origine sociale, se situent en dehors du système de soins. S'il convient à la fois d'agir sur les causes fondamentales (inégalités de revenu, éducation, pauvreté, risques liés au travail, cohésion sociale...) et de porter « la santé dans toutes les politiques » pour agir plus efficacement sur les déterminants de santé, les professionnels de santé ont eux-mêmes un rôle important à assumer pour réduire les inégalités sociales de santé. La dégradation de l'état de santé représente le dernier maillon de la chaîne de causalité des inégalités sociales, le plus visible. Au quotidien, de nombreux professionnels de santé se trouvent confrontés dans leurs pratiques à des situations de vulnérabilité sociale. Elles sont associées plus souvent à des situations cliniques complexes (polypathologie, recours tardif, difficulté d'observance, polymédication inappropriée). Une étude auprès d'un panel représentatif de médecins généralistes en France a montré que « plus de huit médecins généralistes sur dix estiment qu'il relève de leur rôle d'adapter leur relation au patient selon sa situation sociale, mais aussi de repérer les patients en situation de vulnérabilité sociale. Plus d'un médecin généraliste sur deux souhaiterait ainsi être mieux formé à la prise en charge de ces patients. » Il a par ailleurs été démontré qu'améliorer la capacité

des médecins à répondre aux besoins sociaux de leur patient réduit l'épuisement professionnel et améliore la satisfaction des patients et des médecins [24].

Bien sûr, il est nécessaire de préserver et de renforcer les modalités ou les dispositifs spécifiques assurant l'accès aux soins des populations précaires ou éloignées du système de soins afin de diminuer le non-recours, pour des raisons financières notamment. Toutefois, les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres ou en situation précaire et les autres, ni ne se résument à un problème univoque d'accès aux soins. Pour agir sur le gradient social de la santé, il faut pouvoir apporter des solutions pour les prises en charge tenant compte de l'environnement et des conditions de vie des personnes quelle que soit leur situation (déclaration de Shanghai, OMS, 2016). À cet égard, la dimension territoriale est majeure pour proposer des solutions en fonction des ressources locales. Les professionnels de santé ne devraient pas se trouver isolés pour répondre aux problématiques sociales de leurs patients. La charge que cela représente (temps de consultation intégrant la coordination, repérage des besoins et orientation, documentation administrative) ne peut reposer sur des professionnels isolés : aborder les déterminants sociaux de la santé au-delà du simple conseil nécessite des collaborations complexes avec

Sandrine Danet
Médecin spécialiste en santé publique, chargée de mission au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.



divers partenaires et organismes communautaires, tous axés sur divers aspects des besoins, dont les soins de santé ne sont qu'un élément [23].

Certains professionnels s'organisent pour répondre aux problèmes d'accès aux soins, à la coordination des soins pour les plus fragiles et mettent en place des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. L'exemple du pôle de santé des Enverges et de la maison de santé Pyrénées-Belleville, à Paris, est emblématique (mais il en existe d'autres). Ainsi, une assistante sociale est présente très régulièrement dans la maison de santé pluriprofessionnelle pour répondre aux besoins sociaux des patients, et le pôle de santé regroupe un centre social permettant notamment d'accueillir les différentes activités menées dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé au bénéfice de la population. Des actions sont également réalisées dans le champ de la santé mentale avec le centre de prévention suicide [27]. Cet exemple invite à considérer les facteurs susceptibles d'influencer les professionnels à s'engager dans la réduction des inégalités sociales de santé au-delà de motivations intrinsèques ou militantes.

La stratégie de transformation de notre système de santé consacre la médecine de proximité comme l'une de ses priorités, revendiquant une structuration au plus près des territoires et encourageant les initiatives de la part des acteurs du terrain. Les professionnels de santé de premier recours sont bien placés pour agir sur les déterminants de santé les plus importants en termes de charge de morbidité [8]. Dans cette perspective, il est nécessaire de rapprocher les secteurs sanitaires, médico-social et social, d'intégrer la prévention aux soins et d'apporter une attention plus grande à la santé mentale, qui est un facteur de vulnérabilité majeur. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a fait des propositions concrètes pour une organisation des soins de proximité intégrée et fortement ancrée sur les territoires : « *Le réseau territorial intègre des offres, au-delà de celles que l'on assimile aujourd'hui au premier recours ou aux soins primaires, dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : acteurs de la prévention (notamment services*

de santé scolaire, de santé au travail et PMI), services de santé mentale, services à domicile, établissements médico-sociaux... » L'objectif est d'organiser l'accès des habitants d'un territoire à des services pertinents, concrets (avoir un médecin traitant, bénéficier d'un service d'éducation thérapeutique...) et de qualité. Le niveau de proximité a vocation à porter une responsabilité populationnelle en matière de santé publique, de promotion et prévention de la santé¹. L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit être clairement affiché à ce niveau et c'est sur ces réseaux de proximité, en lien avec les collectivités territoriales, que devraient pouvoir s'appuyer les professionnels de santé pour orienter leurs patients afin qu'ils bénéficient de solutions adaptées à leurs problématiques sociales lorsque c'est nécessaire (accès financier aux soins, améliorer l'accès au logement, à la nourriture, aux transports, aux services sociaux...).

Promouvoir la mise en place d'organisations facilitatrices visant à réduire les inégalités de santé ne doit cependant pas faire oublier que les inégalités peuvent être renforcées lors du parcours de soins. Les besoins de soins estimés par les médecins diffèrent selon la distance sociale qu'ils perçoivent avec leurs patients. La formation est centrale pour un exercice médical adapté aux évolutions du système de santé, aux besoins et aux attentes des patients afin qu'ils bénéficient des soins appropriés tenant compte de leur niveau de littératie. La question des valeurs professionnelles doit être débattue. Le travail collectif et la coopération constituent également des axes d'amélioration importants de la formation des professionnels dans l'objectif global de réduction des inégalités sociales de santé, objectif récurrent des politiques de santé publique depuis de nombreuses années. ●

1. HCAAM. « Contribution à la transformation du système de santé ». 2018. <https://www.strategie.gouv.fr/publications/contribution-transformation-systeme-de-sante>

« La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement. À partir de l'exemple de l'obésité ». <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/prevention-avis-hcaam-12-02-2019.pdf>

La santé dans toutes les politiques : où en est-on en France ?

Le modèle des déterminants sociaux de la santé, souvent cité, souligne que de nombreux éléments du parcours de vie construisent la santé, bien au-delà du seul système de soins. Il implique la nécessité de mettre en place des politiques intersectorielles pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS). Cette approche de la santé dans toutes les politiques a été

inscrite dans la gouvernance de la santé en France par la création du Comité interministériel pour la santé, en 2014. Toutefois, malgré une mobilisation des acteurs associatifs, des collectivités territoriales et des agences régionales de santé (ARS), la réduction des ISS marque le pas. En comprendre les raisons est l'interrogation principale de cet article.

Des avancées dans les discours

Les années 2008-2009 ont dessiné une inflexion en matière de politiques publiques concernant la réduction des inégalités sociales de santé. Les plans cancer (2009-2013 puis 2014-2019) se sont présentés comme « *plan [s] de lutte contre les inégalités* » [14]. Un rapport du HCSP [40] en 2010 a présenté des propositions pour sortir de cette fatalité. Ce thème a ensuite été repris dans les discours ministériels. Un éditorial dans le *Lancet* est même signé par la ministre de la Santé en 2014, dans lequel est soulignée la priorité donnée à la réduction des inégalités sociales de santé, avec l'importance des déterminants sociaux de la santé et le rôle partiel que joue le système de santé ; il est même noté qu'il peut contribuer à aggraver ces inégalités.

À partir de 2010, rares sont les plans, textes, lois qui ne mentionnent pas, dans leurs préambules ou objectifs, la réduction des inégalités sociales de santé. Ainsi elle a été confirmée comme un objectif phare de la stratégie nationale de santé de 2013 et dans la loi de modernisation du système de santé de 2016. Au niveau régional, elle constitue, depuis la loi de 2009, l'un des axes des politiques conduites par les ARS. Ainsi, la majorité des programmes régionaux de santé élaborés depuis la mise en place des ARS présente cet objectif comme stratégique.

Quelques signes tempèrent cette volonté affichée. Des commissions de coordination des politiques publiques sont mises en place dans les ARS, mais elles sont limitées au secteur de la santé, peu favorables au développement de l'intersectorialité souhaitable pour aborder les déterminants sociaux de la santé¹. Sur les trente chantiers organisés pour traduire les objectifs généraux de la stratégie nationale de santé de 2013, aucun n'est consacré aux inégalités sociales de santé. La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, reprend largement les thèmes des inégalités sociales de santé dans ses préambules, mais le débat public a été dominé par des affrontements sur la mise en place du tiers payant généralisé. Cet épisode illustre bien la tension entre un modèle centré sur la relation médecin-malade, qui a marqué le xx^e siècle, et l'action intersectorielle indispensable pour la réduction des inégalités sociales de santé. Toutefois, dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 publiée en décembre 2017, le second axe est « *lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins* ».

Aujourd'hui, la question qui se pose est de savoir pourquoi les inégalités sociales de santé restent un objectif secondaire des politiques publiques, alors que ne pas réduire ces inégalités freine l'ensemble des progrès sanitaires et a un coût économique. La crise de la Covid-19 en est une bonne illustration. Les agences, les comités scientifiques, le HCSP ou Santé

publique France n'ont pas été en mesure de disposer de méthodes de mesures fines des inégalités sociales de santé et de guider les décisions publiques pour prendre en compte cette question, qui a d'ailleurs été largement absente des recommandations pendant la crise sanitaire. Un travail conduit par l'ORS Île-de-France et un document de la Drees font toutefois exception [31, 53].

La décennie passée a été marquée par des évolutions vers la prise en compte de la santé dans toutes les politiques

La création du Comité interministériel pour la santé, en 2014, inscrit dans les institutions le principe de l'intersectorialité. Placé sous l'autorité du Premier ministre, le comité « *suit l'élaboration et la mise en œuvre des plans ou programmes d'actions qu'élaborent les ministres dans le cadre de leurs attributions lorsque ces mesures sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé* ». Son premier thème a porté sur la résistance aux antibiotiques et, en 2019, une priorité a été donnée au développement de l'activité physique, à l'alimentation et à la lutte contre l'obésité.

L'alimentation est de fait un champ intersectoriel pour lequel des avancées considérables ont été réalisées. Dans un premier temps, le PNNS n'a pas considéré les inégalités sociales de santé au sens de gradient social et a inclus uniquement les populations les plus précaires. Puis les inégalités sociales de santé ont été incluses dans la réflexion, mais sans réel contenu concret. Plus récemment, le Nutriscore représente une avancée décisive dans les politiques intersectorielles. Il reste à évaluer son impact sur les inégalités sociales de santé, car, s'agissant d'une mesure d'information destinée à mieux éclairer les choix individuels, une hypothèse est que ces informations puissent être utilisées préférentiellement par les populations les plus éduquées et paradoxalement aggraver les inégalités sociales d'alimentation.

Au niveau local, la mobilisation contre les inégalités sociales de santé est importante dans le pays, menée par des associations, des ONG ou des collectivités territoriales. Cette mobilisation locale est difficile à recenser et il est compliqué d'en évaluer les actions prometteuses, ce qui aboutit à ce qu'elle reste encore assez méconnue. L'enjeu de l'initiative InSPIRe-ID est de renforcer l'utilisation des données de la recherche (interventions probantes) et de l'expérience (interventions prometteuses) en situation de décision ou d'intervention en santé publique. Un comité de pilotage national est mis en place, regroupant le ministère et les principales agences nationales. L'objectif est de valoriser, de donner à connaître ce qui existe déjà, de coproduire de nouvelles connaissances en s'appuyant sur les compétences existantes, et de recenser les dispositifs existants en France. Quoi qu'il en soit des résultats de cette initiative sur les inégalités sociales de santé, elle témoigne de

Gwenn Menvielle

Sorbonne université, Inserm, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP), Équipe de recherche en épidémiologie sociale (Eres), Paris

Thierry Lang

Professeur émérite de l'université de Toulouse, Cerpop, université de Toulouse, Inserm, UPS, Toulouse, Institut fédératif d'études et de recherche interdisciplinaire santé société (Iferiss) Toulouse, membre du HCSP

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

1. <https://www.ars.sante.fr/la-gouvernance-des-agences-regionales-de-sante>



la vitalité des expériences conduites en France, qui n'a d'égale que leur invisibilité.

Enfin, si le lien entre environnement et santé est ancien, l'évolution de l'environnement vers des préoccupations de justice environnementale contribue à décroiser une approche physico-chimique de l'environnement d'une part, et une interprétation sociale de l'autre, source de limites pour les conseils aux décisions publiques [26]

Un modèle biomédical et une absence de débat social pour des décisions politiques cloisonnées

L'absence de débat social autour des inégalités sociales de santé a été notée depuis des années par le monde académique [46]. Elle perdure et les ISS restent un débat d'experts. Tout au plus ont-elles été évoquées lors des discussions sur les retraites, pour souligner l'injustice que représente la durée très variable pendant laquelle une personne percevra sa pension de retraite selon sa position dans l'échelle sociale. Une absence largement partagée de culture en prévention et promotion de la santé ainsi qu'une démocratie sanitaire encore naissante mobilisant peu l'expertise citoyenne complètent cette situation.

Malgré la diffusion du modèle des déterminants sociaux de la santé, popularisé par l'OMS, le modèle sur lequel reposent les décisions politiques et l'identification des priorités reste clairement biomédical, séparant soins et prévention médicalisée d'une part, et organisation sociale, politique ou environnementale de l'autre. Tout cela a pour conséquence de cloisonner les décisions politiques en deux familles : celles qui relèvent de la santé, limitées au système de santé et de soins, et les autres mesures, dictées par des considérations sociales, politiques, économiques ou électorales.

Il est important de noter qu'un certain nombre de politiques locales ou nationales vont dans le sens de la réduction des inégalités sociales de santé, mais souvent la logique de leur mise en place est étrangère à la santé. Sans pouvoir approfondir ce sujet dans le cadre de cet article, il faut souligner l'efficacité du système de protection sociale français. Par les mesures de protection qu'il a pu fournir pendant la crise économique de 2008 ou lors de la crise de la Covid-19, ce dispositif en a limité l'impact économique. Ainsi, pendant la crise de la Covid-19, les inégalités sociales de santé ont été à peine évoquées dans les discours des autorités sanitaires et des agences, surtout dans la première phase de la pandémie en France. Le dispositif du chômage partiel ou les aides aux familles les plus défavorisées ont été décidés sans référence explicite à la santé, qui restait cantonnée dans le domaine de l'hygiène et des maladies infectieuses. Cependant ces mesures ont réduit les pertes de revenus et par conséquent les effets de la crise sur les déterminants sociaux de la santé. Selon l'OCDE, « le PIB a reculé de 6 % en France au premier trimestre

2020, alors que la baisse du revenu réel des ménages n'a pas dépassé 0,3 %. Cet écart, le plus important des pays de l'OCDE, s'explique par des aides sociales plus protectrices qu'ailleurs. »

Se dessine alors un champ de forces contrasté sur la santé et les inégalités sociales de santé, dans lequel les logiques ne concordent pas.

1. Le discours des autorités sanitaires (ministère, DGS, ARS et leurs plans respectifs) fait une large place aux inégalités sociales de santé et affiche leur priorité.
2. Sur « le terrain », un ensemble d'interventions et une mobilisation, très créative, d'associations, d'acteurs bénévoles, de collectivités territoriales de divers niveaux mettent en œuvre une lutte contre les inégalités sociales de santé, dans les soins comme dans la prévention.
3. Le secteur des soins et de la prévention médicalisée a jusqu'à présent été peu concerné par les inégalités sociales de santé et reste à l'écart du social. Le médecin américain de l'OMS Jonathan Mann parlait de la socioparésie du système de santé ; cette « pathologie » du système de santé n'a aujourd'hui pas régressé. Le contexte social n'y est pas pensé, encore moins enseigné.
4. Enfin, les décisions prises hors du champ sanitaire par un dernier groupe d'acteurs, les décideurs politiques, peuvent impacter la santé, mais leur logique est autre : politique, économique, sociale, électorale... Ces politiques publiques contribuent parfois à réduire les inégalités sociales de santé. Il en est ainsi du dispositif de protection sociale, qui a déjà montré son efficacité durant la crise financière de 2008 [63]. À l'inverse, certaines accroissent les inégalités sociales de santé. Ainsi, dans le cadre de la loi santé de 2016, la généralisation du tiers payant, qui aurait été un élément favorisant l'accès aux soins pour les plus modestes, n'a pas été mise en œuvre et a monopolisé l'attention sur un aspect d'une loi qui comportait bien d'autres objectifs.

La réforme de l'assurance chômage, de l'aide médicale d'État, la sélection sociale qui caractérise les performances de l'école en France [29], les grandes difficultés de la médecine scolaire, les politiques du logement [7], autant de politiques hors du champ sanitaire qui impactent profondément la construction de la santé et des inégalités sociales de santé. Plus généralement, les inégalités de santé sont avant tout des inégalités sociales. Dès lors, les politiques des revenus, la politique fiscale nationale ont un impact sur les inégalités sociales de santé. Les politiques fiscales récentes remodelent la distribution des revenus et ne favorisent pas les 10 % les plus modestes, dont les revenus sont amputés (fiscalité indirecte, réduction de certaines aides et allocations sociales) [32]. L'effet sur les inégalités sociales de santé est alors contraire à celui des politiques sanitaires nationales et locales qui tendent à les réduire.

Conclusion

Faute d'un modèle intégratif, les efforts et politiques visant à réduire les inégalités sociales de santé dans le secteur de la santé, notamment la forte mobilisation dans les associations et collectivités territoriales, entrent en résonance ou en conflit avec des politiques publiques nationales qui, partant d'une autre logique, peuvent impacter défavorablement les inégalités sociales de santé. Ainsi les efforts locaux territoriaux pour les réduire se trouvent en contradiction avec des politiques macroéconomiques qui orientent dans un sens différent. Le Comité interministériel pour la santé, créé en 2014, n'a pas encore effacé la dissociation des politiques, avec la santé d'un côté et l'ensemble des politiques publiques de l'autre. Ce cloisonnement témoigne de l'absence

d'évaluation de l'impact sur la santé de l'ensemble des décisions politiques. Considérer systématiquement les effets sur la santé et sur les inégalités sociales de santé de toute décision politique pour identifier ses impacts est donc une démarche indispensable. Enfin, un effort de recherche est nécessaire pour mieux connaître les conséquences et les impacts potentiels des déterminants macroéconomiques sur la santé. Ces connaissances sont nécessaires au développement de l'évaluation d'impact sur la santé de toutes les politiques. Reste le besoin d'une implication politique forte, comme le montre un travail conduit dans les pays scandinaves : son absence semblait l'obstacle essentiel, devant le manque de coopération interministérielle et les habitudes de travail en silo. ●

L'évaluation d'impact sur la santé : plus de deux décennies de pratique internationale

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche prospective qui vise à évaluer les effets potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population. Elle s'intéresse aussi à la distribution de ces effets au sein de cette population. L'évaluation d'impact sur la santé, promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est apparue au milieu des années 1990. Cette démarche s'applique le plus souvent à des propositions dont le but premier n'est pas directement la santé mais qui peuvent influencer celle-ci et l'équité en santé. Son objectif est de formuler, sur la base d'informations scientifiques et contextuelles, des recommandations en direction des décideurs, pour accroître les effets positifs et réduire les effets négatifs. Cet outil d'aide à la décision est fondé sur la définition de la santé de l'OMS et sur l'approche par les déterminants de la santé. Il trouve son origine dans différentes initiatives de santé publique menées au niveau international, notamment la déclaration d'Alma-Ata de 1978, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 et le programme Villes-Santé de l'OMS de 1986. L'évaluation d'impact sur la santé est issue de la rencontre entre les évaluations environnementales, de la méthodologie desquelles elle s'inspire, et la promotion de la santé, qui constitue le fondement de ses valeurs et ses finalités.

Une procédure standardisée mais flexible

La démarche d'évaluation d'impact sur la santé est structurée en cinq étapes (parfois six ou trois). Le « dépistage », première étape, permet de déterminer

si une proposition de politique, de programme ou de projet doit faire l'objet d'une évaluation d'impact sur la santé. Le « cadrage » permet de déterminer la portée, l'envergure de l'évaluation d'impact sur la santé. L'« analyse » permet d'estimer les impacts potentiels positifs et/ou négatifs d'une proposition de politique, de programme ou de projet sur la santé et la répartition de ces impacts au sein de la population. Les « recommandations » visent à atténuer les effets négatifs et à renforcer les effets positifs sur la santé et le bien-être de la proposition examinée. Ces recommandations sont consignées dans un rapport destiné aux parties prenantes et aux décideurs. L'« évaluation » et le « monitoring » reviennent, d'une part, à évaluer la démarche d'évaluation d'impact sur la santé entreprise, et, d'autre part, à vérifier la mise en œuvre des changements proposés par celle-ci. La démarche d'évaluation d'impact sur la santé est flexible. Malgré sa procédure standardisée, il est possible de l'adapter en fonction des éléments suivants : ressources humaines et financières, temps à disposition, données et informations disponibles, compétences disponibles, niveau de prise de décision et finalité visée.

Une pratique assez répandue dans le monde

Si l'évaluation d'impact sur la santé a vu le jour dans les pays anglo-saxons, précisément au Royaume-Uni, aujourd'hui la pratique s'est étendue à plusieurs régions du monde (Amérique du Nord, Amérique latine, les différentes régions d'Europe, l'Afrique subsaharienne, l'Asie de l'Est et l'Océanie). Les juridictions ont adopté différentes approches pour la mise en œuvre de l'outil.

Thierno Diallo

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS, Canada)



Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution

Il s'agit entre autres de : l'inscription de l'outil dans un cadre légal ; son intégration dans un outil d'évaluation d'impact existant tel que l'étude d'impact sur l'environnement ; son inclusion dans des processus décisionnels pangouvernementaux ou son application sur une base volontaire. De nombreuses évaluations d'impact sur la santé ont été réalisées sur cette base et par le secteur public. En effet, une base légale est une condition certes nécessaire pour l'institutionnalisation de l'évaluation d'impact sur la santé mais elle reste insuffisante. Son intégration dans le processus décisionnel exige, en plus d'une disposition normative, une volonté forte des instances dirigeantes en faveur de l'outil.

Un moyen de lutter contre les inégalités sociales de santé

La question des inégalités sociales de santé est inhérente à la démarche d'évaluation d'impact sur la santé. Sa définition même renvoie à la prise en compte des inégalités sociales de santé. En effet, l'évaluation d'impact sur la santé se préoccupe de la répartition des effets sur la santé selon les groupes de population, en mettant un accent particulier sur les groupes « vulnérables » ou « désavantagés ». Le potentiel réel de la démarche à prendre en compte les inégalités sociales de santé a été exploré à travers son application sur certaines politiques, programmes ou projets. Au Québec par exemple, un article de loi sur la santé publique (2001), l'article 54, permet au ministre de la Santé d'apprécier grâce à l'évaluation d'impact sur la santé les conséquences de projets de loi et de règlement sur la santé. C'est dans ce contexte, que le ministère de la Santé et des Services sociaux a pu œuvrer pour introduire, dans un projet de loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, une clause d'impact sur le revenu des personnes défavorisées. En Suisse, la réalisation d'une évaluation d'impact sur la santé sur un projet de promotion du vélo à assistance électrique à Genève a permis de recommander la mise en place d'un dispositif de soutien financier à l'achat qui tienne compte des capacités financières des individus. L'objectif est de permettre à toutes les couches de la population de s'initier à ce type de mobilité, sans en exclure certaines pour des raisons économiques. En France, une évaluation d'impact sur la santé réalisée en Île-de-France sur trois projets de transport a été conduite de manière à prendre en compte les préoccupations à l'égard des inégalités sociales de santé. En cela, elle a analysé les impacts différentiels des projets sur divers groupes de la population. Elle a aussi permis la participation citoyenne, une des valeurs de l'évaluation d'impact sur la santé. Cela s'est traduit par une implication de certaines catégories de la population qui, généralement, ont moins de chance de s'exprimer et par une co-construction de certaines recommandations avec les habitants affectés par les projets. L'évaluation d'impact sur la

santé apparaît donc comme un outil pouvant aider les décideurs à mieux comprendre les enjeux des inégalités sociales de santé lors de l'élaboration de politiques, programmes et projets.

L'évaluation d'impact sur la santé et la prise en compte de l'équité en santé

L'équité constitue une des valeurs de l'évaluation d'impact sur la santé. Toutefois sa prise en compte dans la pratique peut s'avérer difficile car elle ajoute souvent une couche de complexité à un processus d'évaluation déjà compliqué et disposant parfois de temps et de ressources limités. Dans ce contexte, un modèle d'évaluation d'impact sur la santé mettant l'accent sur l'équité (*equity focus health impact assessment*) a émergé au cours des années 2000. Il s'agit de renforcer l'intégration des enjeux d'équité à chaque étape de l'évaluation d'impact sur la santé et d'évaluer si les impacts différentiels dans les groupes de la population sont inéquitables. Ce modèle offre un processus structuré d'estimation des impacts sur l'équité en santé. Au Canada, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a développé l'outil évaluation d'impact sur l'équité en matière de santé (EIES). Cet outil vise à déterminer les impacts potentiels non intentionnels (positifs et négatifs) de la prise de décision sur l'équité en santé pour des groupes de population spécifiques. Il permet entre autres de réduire les disparités évitables en matière de santé entre les groupes de population et de mieux cibler les investissements dans les soins de santé.

Bilan et perspectives

Les résultats obtenus au niveau international en matière d'application de l'évaluation d'impact sur la santé sont prometteurs. Après plus de deux décennies de pratique, l'évaluation d'impact sur la santé a su montrer son potentiel et son utilité pour influencer la prise de décision, favoriser la collaboration intersectorielle et promouvoir la santé dans une perspective de développement durable. Toutefois, le maintien voire l'expansion de l'évaluation d'impact sur la santé dans le monde passe entre autres par l'amélioration de la connaissance de l'outil par les décideurs, le renforcement des capacités dans le domaine et les progrès dans certains aspects méthodologiques, notamment la quantification des impacts.

En période de crise sanitaire comme celle que nous vivons actuellement, l'évaluation d'impact sur la santé peut contribuer à informer les décideurs sur les actions nécessaires pour atténuer les impacts négatifs et renforcer les impacts positifs des mesures qu'ils prévoient de prendre pour répondre à la pandémie de Covid-19. Elle pourrait permettre également d'éclairer le développement des stratégies de reprise (l'après-Covid-19), dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de la population et d'éviter que ces stratégies n'exacerbent les inégalités sociales. ●

Des stratégies de promotion de la santé souvent « évoquées », encore trop peu « pratiquées »

Parmi les nombreuses stratégies intégrées dans des politiques de réduction des inégalités de santé, le renforcement des capacités des individus et des communautés pour améliorer leur santé et leur bien-être est toujours mentionné¹. Cette stratégie est d'ailleurs une des composantes de la promotion de la santé et en constitue un des cinq domaines d'action dans la charte d'Ottawa. Il n'est probablement plus un plan régional de santé en France qui ne la mentionne comme un de ses objectifs. La publication récente des recommandations de la Haute Autorité de santé sur l'engagement des usagers² dans les secteurs social, médico-social et sanitaire participe de cette reconnaissance de la place des usagers dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et actions de santé. Mais le passage de l'intention à l'action reste complexe et la création de conditions et d'environnements favorables, décrite comme un des facteurs de réussite à cet engagement, nécessite encore d'être encouragée et soutenue.

Ainsi, malgré un consensus apparent, il reste encore beaucoup à faire. La mise en « pratiques » des démarches associant les principaux concernés est encore difficile et dans les faits peu développée. Un certain nombre d'hypothèses peuvent être suggérées pour expliquer cette situation, certaines relevant de la place réelle faite à la promotion de la santé dans les politiques de santé, d'autres relevant d'une certaine confusion dans les concepts et termes liés aux stratégies de renforcement des capacités des individus.

Les démarches communautaires en santé : une stratégie de réduction des inégalités de santé sous certaines conditions

S'il reste beaucoup à faire, c'est sans nul doute en raison d'une difficile appropriation par le champ de la santé publique des enjeux de la santé communautaire et par une ambiguïté persistante entre la reconnaissance de la place des habitants-usagers-citoyens et la difficile « acception » ou « intégration » de ce que cela nécessite comme changement de « manières de faire ». L'enjeu essentiel ? La question des savoirs et des pouvoirs, qui continue d'être au cœur des tensions entre, d'un côté, une santé publique basée sur des « connaissances objectivées par l'expérimentation en épidémiologie, économie... » et, de l'autre, un pouvoir

d'agir s'appuyant sur une connaissance construite et mobilisée à partir d'une expérience quotidienne de personnes et de groupes reconnus comme légitimes [33].

Car ce qui fonde les démarches communautaires en santé réside bien dans la reconnaissance de l'expérience vécue comme une source de savoir légitime. Et c'est à travers cette reconnaissance, ou plutôt dans la manière dont elle s'opère et est prise en compte, que naissent parfois quelques malentendus dans l'usage qui peut être fait de cette stratégie comme « instrument de la réduction des inégalités de santé ». Les démarches communautaires en santé s'appuient sur un certain nombre de repères, parmi lesquels le partage des savoirs et des pouvoirs, la mutualisation des ressources, l'implication de tous les acteurs concernés à travers une démarche de co-construction³...

Le risque est aujourd'hui de mobiliser les démarches communautaires en santé comme stratégie d'adhésion aux politiques de santé et pas comme un processus visant la co-construction, les résumant ou les réduisant ainsi à un « aller vers » facilitant l'appropriation par les populations les plus éloignées du système de messages visant les changements de comportement individuels, ces messages restant ceux des institutions et des professionnels. Il ne s'agirait alors que de modifier le vecteur de l'information (d'autres citoyens) dans une démarche de prévention qui resterait descendante, sans modifier ni le contenu ni les objectifs [62] *in fine* de voir les inégalités de santé s'accroître. Dans la gestion de la crise de la Covid-19 par exemple, c'est une chose que d'aller vers les publics vulnérables en s'appuyant sur des habitants pour traduire des messages de prévention (respect des gestes barrières, port du masque)⁴, c'en est une autre que de construire des espaces de partage d'expériences où professionnels,

3. Voir les repères du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires (Sepsac) : <http://www.institut-renaudot.fr/download/Reperes-Sepsac.pdf>

4. On peut toutefois signaler des réalisations remarquables comme celle de Banlieues Santé. Son fondateur le dit clairement : « Les messages de santé publique ne sont pas adaptés à tout le monde. Il faut souvent les simplifier ». Ou encore : « Rendre la santé accessible, c'est avant tout prendre en compte les difficultés sociales des personnes qu'on veut aider. » (L'Obs, 10 décembre 2020, n° 2928). On peut aussi rapporter une initiative du département de Seine-Saint-Denis avec ses « ambassadeurs du numérique » (de jeunes volontaires du service civique), qu'il prépare également, en partenariat avec un laboratoire de l'université Sorbonne Paris-Nord, à aborder les questions rencontrées par les habitants dans la gestion du risque de Covid sur les lieux qu'ils fréquentent, notamment à l'occasion de démarches sociales.

Anne Laurent

Directrice de l'Institut Théophraste-Renaudot

Pierre Lombraill

Professeure émérite de santé publique, Laboratoire éducations et pratiques de santé (Leps), UR 3412, université Sorbonne Paris-Nord

1. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/02_M_Marmot_Closing_the_gap.pdf
2. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3202458/fr/faciliter-l-engagement-des-usagers-la-has-publie-sa-premiere-recommandation



institutions, habitants construisent une réponse adaptée permettant de prendre en compte les difficultés et les contraintes de chacun et aboutissant à une gestion de crise où individus et organisations s'engageront dans un processus de changement individuel et collectif.

Les démarches communautaires en santé s'intègrent dans une diversité de stratégies qui permettent de faciliter l'accès aux services, à la prévention et aux soins : médiation en santé, aller vers... Elles participent d'un système complexe où l'ensemble des acteurs ont leur place. Et c'est sur ce point sans doute qu'il s'agit aussi de lever une ambiguïté : le fait de reconnaître l'expertise des habitants-usagers-citoyens n'implique en rien que celle des professionnels et des politiques soit mise de côté. La démarche est un processus complexe où les questions, les expériences, les connaissances font l'objet d'un échange permanent pour aboutir à une compréhension des solutions partagées, à des changements dans les organisations, les positionnements, les environnements. Mais encore faut-il créer les conditions favorables de la rencontre. Celle-ci n'est possible qu'à travers un processus préalable visant à « préparer » le cadre mais aussi les acteurs à une démarche complexe où il faudra tout à la fois comprendre et être compris, s'exprimer et être entendu, écouter et entendre.

La littératie en santé : un outil des démarches communautaires en santé ?

La co-construction n'est possible que si elle s'appuie sur une connaissance partagée. Dans le cadre des démarches communautaires en santé, ce partage nécessite, là aussi, de relever plusieurs défis : rendre le système et les enjeux de santé publique intelligibles et accessibles aux habitants-usagers-citoyens et leur permettre de traduire leur expérience en connaissances explicites et partageables. La littératie en santé peut constituer un levier puissant des démarches communautaires en santé dès lors qu'elle a pour objectif notamment de développer l'*empowerment*, de faciliter la participation et la prise de décision. Définie comme « les connaissances, la motivation, les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information dans le domaine de la santé pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé dans le but de promouvoir et de maintenir sa qualité de vie tout au long de son existence⁵ », elle devient alors un outil de développement des connaissances sur soi et sur son environnement permettant de ne pas se laisser instrumentaliser par des dispositifs médicaux... et de résister dans des rapports de force. Dans le cadre d'une démarche communautaire, cela implique que dans un premier temps professionnels et institutions rendent intelligibles le système de santé, les données disponibles, le cadre institutionnel et

légal dans lequel ils situent leurs décisions et leurs interventions. Mais ce partage n'aura de sens que s'il permet le débat, voire la remise en cause et l'élaboration d'alternatives. Cela nécessite de penser la littératie en santé non plus seulement comme un processus d'appropriation d'une information dans un but de compréhension du système de santé (littératie fonctionnelle ou instrumentale) mais bien aussi comme un instrument d'affirmation, de réaffirmation de ses propres besoins, et de changement y compris du système lui-même (littératie critique) [57].

Passer du paradigme de changement de comportement à un paradigme de changement social ou d'un modèle biomédical du soin et de la prévention à la promotion de la santé ?

Alors que la connaissance des inégalités sociales de santé et des stratégies efficaces pour les réduire (au moins ne pas les aggraver) s'enrichit, pourquoi le passage à l'action paraît encore si compliqué ? La crise de la Covid-19 a été une illustration de la difficulté à penser une question de santé dans une approche intégrée où prévention, soins et modèle de santé global [54] sont articulés autour d'un objectif commun [49]. Elle a fait réapparaître (si tant est qu'il ait disparu) un modèle de gestion des problèmes de santé centré sur le soin, le système de soins, et réduit l'expertise scientifique le plus souvent à celle de l'épidémiologie et de la recherche clinique... Les autres voies-voix⁶ n'ont été que peu explorées ou entendues, si ce n'est au niveau local par la mobilisation citoyenne et/ou d'autres champs que celui de la santé publique, pour compenser les effets de la crise sur les inégalités sociales et de santé à travers des actions de solidarité, d'adaptation des services, dont nous donnons quelques exemples ci-dessous. Le discours politique et de santé a été centré sur les comportements individuels : respect des gestes barrières et du confinement, présentés comme les déterminants essentiels de la résolution d'une crise et de la protection du système de soins. La promotion de la santé a été la grande absente en tant que stratégie d'une politique de santé explicitée et développée comme telle par les pouvoirs publics. Les connaissances relatives aux inégalités sociales de santé ont été peu exploitées pour construire une politique de gestion de crise intégrant au moins leur non-aggravation comme un objectif explicite. Comme si la crise avait subitement fait émerger une réalité pourtant déjà bien documentée et connue des acteurs de santé publique, parmi lesquels ceux de la promotion de la santé. Les inégalités de santé se sont aggravées mais on a regardé le système de soins, essentiellement le système de soins...

6. Voir par exemple la tribune publiée par la Fnes (Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé) le 5 mai 2020 : « Épidémie, crise sanitaire et Covid-19. Le pouvoir d'agir de la promotion de la santé ».

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

5. <https://www.promosante-idf.fr/dossier/litteratie>

Quelques exemples

Actions de solidarité et aller vers

Par leur très bonne connaissance de la population et du territoire, les femmes relais, les médiateurs en santé, les militants d'ATD Quart-monde ont été particulièrement mobilisés pour aller vers la population dans de nombreuses villes. Ainsi l'analyse des besoins et le contact direct ont contribué à faire émerger des besoins spécifiques, notamment dans le domaine de l'accès à l'alimentation et de la continuité des soins. Outre leur implication directe (distribution de paniers repas, colis alimentaires), ces acteurs locaux ont aussi joué un rôle extrêmement précieux de sentinelles pour alerter très tôt sur l'impact de la Covid-19 sur les inégalités de santé.

Accueil des femmes victimes de violence au supermarché

La période de confinement voit augmenter le nombre de violences faites aux femmes. Dans le département de l'Essonne, les associations Pause et Ophelia proposent d'accueillir les femmes dans un local dédié situé au sein d'un centre commercial, ouvert mais protégé. L'accès au local peut se faire dans le cadre d'un déplacement « normal ». Les permanences sont assurées par un thérapeute ou un travailleur social, deux fois par semaine, un matin et un après-midi. Le commissariat et le CIDFF 95 (centre d'information sur les droits des femmes et des familles) sont associés au projet pour faciliter l'accompagnement et le dépôt de plainte. Les mesures barrières sont respectées pendant l'accueil. Aucune communication grand public n'est diffusée sur ce lieu. L'information circule par les professionnels, les associations, le commissariat...

Adaptation de l'accueil des enfants

À Mayotte, les étudiants en DU d'animateurs en santé communautaire, coordonné par l'Institut Renaudot, se sont mobilisés dans le cadre d'une démarche communautaire en santé pour organiser la rentrée scolaire dans un environnement particulier où l'application des protocoles sanitaires nécessitait une réflexion collective. Parents d'élèves, enseignants, directeurs d'école ont été associés pour se former, accéder à l'information sur la Covid-19 et co-construire des modalités d'accueil des enfants adaptées au contexte.

Aide aux personnes isolées

Exemple de la maison de la prévention à Fontenay sous-Bois. En lien étroit avec les services sociaux municipaux et du département, les associations de locataires, de parents, culturelles, le collectif citoyen, les réseaux de solidarité (RESF...) se sont organisés pour aller à la rencontre virtuelle, phonique, voire physique autant de fois que nécessaire, des habitants dans les différents quartiers de la ville, avec une priorité en direction des plus isolés. Aide pour les courses, pour les dossiers de demandes de secours, soutien scolaire ou plus simplement répondre au besoin de parler, de rompre l'isolement... Ces expériences, inédites pour une grande majorité, ne sont pas sans soulever beaucoup d'émotions et d'interrogations sur ce qui a engendré la mobilisation d'un professionnel, un psychologue, pour soutenir ces intervenants d'un nouveau genre. ●

Inégalités sociales et inégalités territoriales : quelles interactions et quelles conséquences pour les politiques publiques ?

L'approche des inégalités sociales de santé s'accompagne le plus souvent d'un abord par les inégalités territoriales, conduisant au concept d'inégalités sociales et territoriales de santé. L'amélioration de la cartographie en santé produit aujourd'hui des représentations simples, à l'échelle des quartiers, pour des données croissantes, contrastant avec la faiblesse des outils de description sociale individuelle. L'approche territoriale apparaît donc comme un moyen facile de mesurer les inégalités sociales de santé. Cette lecture est d'autant plus pertinente que les inégalités territoriales ne sont pas spontanées, se construisant d'abord par la conjonction de logiques sociales (inégalités sociales de santé) et urbaines (phénomènes de ségrégation

notamment) qui concentrent sur certains territoires des catégories à l'état de santé plus dégradé.

Dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, la dimension sociale est parfois même réduite à cette vision territoriale. On propose de discuter cette pratique à partir de l'expérience de l'agence régionale de santé (ARS) francilienne, autour d'une question simple : l'approche territoriale peut-elle peser sur les déterminants sociaux ?

Île-de-France : face à des contrastes sociaux violents, une politique publique fondée sur les territoires

L'Île-de-France est la région métropolitaine marquée par les écarts sociaux les plus vastes : l'écart de revenus interdécales est égal à 4, contre 3,5 en France métropo-

Luc Ginot

Direction de la santé publique, agence régionale de santé Île-de-France



Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution

litaine En termes de santé, ces inégalités se mesurent par leur traduction territoriale : l'espérance de vie chez les hommes entre cantons varie jusqu'à huit années. Pour la plupart des indicateurs sanitaires, ces contrastes sont d'autant plus violents que l'analyse se fait à une échelle de proximité.

Le projet régional de santé (PRS) structure donc une volonté forte de réduction des inégalités sociales de santé autour de cinq axes. L'un d'entre eux porte sur les politiques publiques transversales. Les autres abordent la question des inégalités par le prisme des territoires pour l'essentiel.

L'action de l'ARS face aux inégalités territoriales se traduit par plusieurs grands principes : une intervention volontariste (par exemple le volet santé du plan État en Seine-Saint-Denis) ou incitative (stratégies de zonage); une contractualisation proportionnée aux besoins (en Île-de-France, les contrats locaux de santé); une marge donnée aux acteurs pour adapter les principes d'action; un soutien aux démarches *bottom-up* (ascendantes); enfin, un engagement dans les démarches participatives (par exemple les coopératives d'acteurs). Ces leviers peuvent être actionnés dans des schémas globaux (programmation en prévention ou en offre de soins) ou dans des appels à projets définissant territoires prioritaires ou méthodologies adaptées. Souvent, des logiques d'expérimentation territoriale sont affichées, appelant à leur décours des démarches de modélisation et de reproduction.

Territoires favorisés et défavorisés : prendre en compte la complexité des interactions

Cependant l'approche territoriale des inégalités pose plusieurs questions. Il faut d'abord revenir sur plusieurs logiques constitutives des inégalités de santé : celles-ci peuvent être liées à des obstacles matériels (enclavement notamment) ou immatériels (discriminations dans l'accès aux services, logiques de relégation...) vis-à-vis desquels les politiques de santé étaient jusqu'ici peu armées. À cela s'ajoutent des mécanismes propres aux inégalités dans l'offre de soins, exacerbées par les concurrences entre territoires, et l'attractivité des territoires favorisés. Ce phénomène, présent aussi en service public hospitalier ou de prévention, est aggravé par l'origine des professionnels de santé et notamment des médecins : rarement issus de territoires en difficultés, ils ont peu tendance à s'y installer. Face à ces mécanismes, l'intervention pour corriger les écarts territoriaux n'est pas simple. Une politique incitative n'est efficace que si elle est contrastée et sélective. Une politique de formation des professionnels qui facilite la découverte de l'exercice dans des zones souvent stigmatisées peut avoir, en elle-même, un effet réel sur le rééquilibrage des installations.

Le travail sur les inégalités territoriales implique donc de prendre en compte non seulement les territoires défavorisés, mais aussi leur relation au contexte régional, et la puissance d'effets ségrégatifs complexes. Cela

passer par l'explicitation d'une volonté politique régionale continue, et par une stratégie d'alliances multi-acteurs.

Intervenir sur les déterminants des inégalités, un principe acquis ?

Plusieurs déterminants sociaux sont pris en compte dans les programmes régionaux, les appels à projets et aussi les actions locales, au-delà des comportements individuels : soit dans leurs critères de priorisation (interventions en direction des lycées professionnels ou des quartiers, politique de la ville...), soit dans le contenu de leurs actions (prise en compte de l'habitat dans la promotion de la santé psychique du jeune enfant...). En Île-de-France, les principaux leviers mobilisés à l'échelle locale semblent l'accès aux droits et aux soins, l'intervention en contexte éducatif, parfois l'intervention sur l'habitat.

Cette prise en compte ne doit pas être univoque, comme en témoignent les enjeux de l'urbanisme favorable à la santé. Par le jeu conjoint d'une impulsion régionale (*via* le PRS) et d'actions locales (par exemple les évaluations d'impact en santé), la ville est de plus en plus appréhendée comme un déterminant de santé accessible pour réduire les inégalités territoriales : par exemple, faciliter la marche à pieds ou la sécurisation des espaces publics dans les territoires défavorisés contribuera à réduire les écarts d'incidence de maladies chroniques. Mais il existe deux difficultés : l'une est connue (le risque d'une gentrification légitimée par l'urbanisme, venant aggraver la ségrégation); l'autre se perçoit moins facilement : à l'échelle métropolitaine, mettre en œuvre une politique de santé urbaine, c'est développer un urbanisme favorable à l'équité en santé, et pas seulement à la santé. Cela impose des choix stratégiques qui vont au-delà de l'échelle de proximité. On donnera deux exemples : l'impact des transports et circulations douces sur les inégalités de santé interroge la programmation à l'échelle métropolitaine, ou l'aménagement des grandes voiries. Un habitat favorable à la santé n'implique pas que la qualité du bâti, mais aussi la disponibilité et la répartition de logements accessibles aux familles nombreuses à faibles revenus. Dans la logique de plaidoyer même, une approche territoriale réductrice d'inégalités sociales doit donc intégrer les questions de ségrégation urbaine et d'enclavement, et pour cela se donner les moyens de peser sur une structuration plus vaste.

Emploi, travail : d'une prise de conscience à une approche multiniveau

À l'inverse, la rareté des actions locales prenant en compte les questions du rapport au travail et à l'emploi est frappante, comme si ce déterminant majeur était inaccessible à l'action territoriale. Or l'impact sanitaire d'un emploi précaire croissant, à temps partiel ou décalé, devrait conduire à une réflexion des acteurs du bassin de vie, au-delà du cadre de l'entreprise et des risques professionnels, intégrant la dimension des transports

et des rythmes de vie. La crise de la Covid-19 a remis en lumière [69] la question du lien entre travail et risque sanitaire, dans une logique plurifactorielle en partie traduite par la notion de « travailleurs essentiels » (lire p. 38) [21]. Elle a aussi révélé à quel point l'angoisse de la perte du travail est structurante : touchant de larges pans de la société, elle contrarie non seulement la mise en œuvre de la prévention primaire et secondaire de la Covid-19, mais plus généralement l'attention à soi et à sa santé, et l'engagement dans des démarches de prévention individuelle ou collective. Prendre en face ce sujet considérable impose une réflexion associant compréhensions sociale et territoriale. Examinons la santé des femmes employées dans les entreprises de nettoyage : elle met en jeu une dimension ergonomique et toxicologique, une dimension liée au rythme de vie, ainsi qu'une dimension liée à la précarité de certains statuts. Une approche territoriale devrait se fixer trois objectifs au moins : faciliter l'expression des contraintes et de leur impact sanitaire par les personnes concernées ; inventer des modalités locales de promotion de la santé ; et mettre en place des parcours de soins adaptés. Cela prend sens si le pilotage régional interroge les acteurs, y compris dans les organisations « macro » des temps de travail (par exemple la réduction des horaires fragmentés) ou des transports (par exemple leur disponibilité aux horaires des salariés du nettoyage) ; pour cela, il est nécessaire de produire des données, d'ouvrir un cadre de débat en santé publique. Action territoriale et action régionale interagissent ici autrement que par la classique opposition ascendant/descendant.

Expérimenter, modéliser, faire connaître, généraliser ?

Le schéma classique de l'expérimentation locale, puis de son évaluation et de sa modélisation, est souvent pertinent dans le champ de l'offre de soins. En Île-de-France, la création de parcours d'accès santé spécifique santé (PASS) de ville (hors hôpital) est partie de premières expériences, progressivement généralisées. Dans le champ de la promotion de la santé, ce schéma reste trop souvent théorique. L'un des enjeux de la réduction des inégalités sociales de santé est donc le « passage à l'échelle », au-delà d'expériences ponctuelles stimulantes. Certains aspects mériteraient des

développements. On citera notamment les questions de la caractérisation sociale dans les données de santé individuelle, des inégalités socioenvironnementales – aux enjeux spécifiques – et des modalités de participation des habitants. Mais deux points prolongent particulièrement ce qui précède.

La modélisation d'actions probantes devrait désormais passer par l'identification de leviers ou de freins sociaux partagés. Au-delà de l'analyse des dynamiques territoriales du projet et de la contextualisation de l'action, rendre compte des mécanismes de son succès ou de ses limites doit conduire à décrire les effets des déterminants sociaux les plus ubiquitaires : évaluer les effets du rapport au travail, des contraintes liées au logement ou à l'enclavement, de la ségrégation subie, c'est faire partager la compréhension concrète des mécanismes des inégalités de santé ; c'est passer du territoire au mécanisme social.

La question de la légitimité d'une action sur l'ensemble des déterminants : cette légitimité doit être revendiquée par le pilote régional, davantage encore dans les domaines où elle est moins évidente. En Île-de-France, l'ARS mène depuis des années des actions (plaidoyer, action partagée ou prise en charge) interagissant avec l'aménagement urbain, l'habitat, l'hébergement, l'asile. Les succès sont contrastés, mais des avancées apparaissent, par exemple dans la prise en compte des déterminants en périnatalité. La mesure 27 des accords du Ségur de la santé nous invite, dans les suites de la crise de la Covid-19, à initier des programmes autour du travail, de l'emploi, et des transports : au-delà des moyens financiers, c'est une opportunité politique considérable. Mais cette légitimité de l'action sur les mécanismes sociaux d'inégalités doit aussi être reconnue par les acteurs territoriaux, dont les élus : trop souvent, ils mènent une analyse pointue de la genèse des inégalités de santé et du rôle des déterminants, mais évaluent l'action publique à la seule aune de la répartition du système de soins, voire de sa composante la plus spécialisée.

Traiter les inégalités sociales et territoriales nécessite, pour que ce soit efficace, deux grandes orientations : que l'action territoriale interagisse avec l'action régionale ; et que ces deux niveaux travaillent à déplier la complexité des enjeux entre le social et le territorial. ●

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.



Les inégalités sociales de santé : des thématiques à investir

L'enfance, les questions de genre ou l'environnement sont des pistes de recherche à développer dans les prochaines années.

Petite enfance et inégalités de santé et de développement : quel rôle des modes d'accueil pour les diminuer ?

Lidia Panico
Institut national
d'études
démographiques
(Ined)

Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 54.

Le développement de l'enfant pendant ses premières années de vie est un processus très rapide et multidimensionnel. Outre le développement de ses compétences cognitives, la petite enfance est une période pendant laquelle tous les aspects du développement du jeune enfant se forment : les aspects socioémotionnels, la motricité, la santé, ou encore la croissance. Pendant la petite enfance et tout au long du développement de l'enfant, ces différentes sphères du bien-être et du développement seront complémentaires : par exemple, un enfant malade aura plus de difficulté à acquérir de nouvelles compétences cognitives s'il doit s'absenter de l'école souvent. Il est donc important de conceptualiser de manière holistique cette période de développement rapide, et de ne pas se focaliser uniquement sur un seul type de compétence. Le bien-être et le développement de l'enfant sont aussi complémentaires au fil du temps, c'est-à-dire qu'on ne peut pas les comprendre à un instant donné sans considérer leur trajectoire antérieure. C'est pour cela que la petite enfance est importante pour comprendre les trajectoires de bien-être et de développement tout au long de la vie.

La petite enfance : une période sensible

La petite enfance est un moment clé en raison de la très grande capacité du cerveau à s'adapter à tout

stimulus (positif ou négatif), car pendant cette période le cerveau est extrêmement malléable. Par conséquent, l'environnement et les expériences faites par l'enfant pendant la petite enfance sont importants pour le façonnement de la structure neurologique. Étant donné que la structure du cerveau et ses fonctions sont étroitement reliées, tout ce qui impacte la structure aura aussi potentiellement des impacts sur les fonctions neurologiques, et donc sur le développement moteur, cognitif, affectif, émotionnel de l'enfant. La malléabilité du cerveau pendant la petite enfance rend cette période de vie particulièrement cruciale, et c'est pour cela que des chercheurs comme James Heckman [41] considèrent que c'est une période idéale pour investir dans des politiques publiques, puisque le retour sur investissement sera plus important et efficace qu'à d'autres périodes de la vie.

En outre, la notion de « périodes sensibles », en dehors desquelles il est difficile de rattraper des retards (mais pas impossible), alerte sur l'importance de cette période de la vie. Par exemple, beaucoup de compétences cognitives ou socioémotionnelles, comme le langage, la gestion des émotions, etc. sont acquises principalement et plus facilement pendant la petite enfance.

Très tôt dans la vie, l'émergence d'un gradient socio-économique

Les inégalités sociales en termes de bien-être et de développement commencent très tôt. D'un côté, la malléabilité du cerveau permet aux jeunes enfants d'apprendre et de s'adapter rapidement ; d'autre part, cette malléabilité rend aussi les enfants très vulnérables à un manque de *stimuli* appropriés. Si les *stimuli* auxquels sont exposés les enfants pendant cette période de la vie sont différents, leur développement sera aussi différencié. Dans un contexte sociétal où il existe de fortes inégalités entre les environnements de vie des jeunes enfants, il est peu surprenant qu'il existe des inégalités socio-économiques en termes de développement et de bien-être dès la petite enfance.

Une notion importante dans ce thème est celle du gradient social. Les études démontrent que ce ne sont pas seulement les groupes les plus vulnérables qui sont concernés par ces inégalités. En effet, on retrouve ces différences tout au long d'une structure ou hiérarchie sociale et économique. Ces gradients sont observés dès la petite enfance et dans tous les pays. Par exemple, une vaste étude rassemblant des données de quatre pays (États-Unis, Australie, Canada et Royaume-Uni) a montré que les écarts selon les ressources financières des parents en termes de compétences cognitives et socioémotionnelles sont déjà bien marqués à 4 ans. Et ces différences évoluent très peu dans le temps, voire se creusent. Elles sont encore plus marquées à l'adolescence.

Les effets des modes d'accueil sur les inégalités sociales

Que peut-on faire pour réduire les inégalités sociales dès la petite enfance ? L'enfant se situe dans des environnements qu'on peut représenter par des cercles successifs plus ou moins proches de lui : sa famille, son mode d'accueil, la famille élargie, les professionnels de santé, le quartier, la région, les politiques publiques nationales et le contexte historique. On ne peut pas penser la production des inégalités sociales sans réfléchir à la construction des politiques dans tous les différents environnements qui interagissent avec l'enfant. Néanmoins, les politiques publiques ne ciblent normalement qu'une ou deux sphères dans l'élaboration d'un dispositif. Un des outils qui ont été mobilisés par les politiques publiques pour pallier les écarts selon l'origine sociale est l'accès à des modes d'accueil ou à des programmes d'éducation précoce de qualité. Que dit la littérature internationale sur l'impact de ces dispositifs sur le développement des jeunes enfants ?

Tout d'abord, il est important de noter que l'étiquette « modes d'accueil et programmes d'éducation précoce » représente un vaste éventail de dispositifs, avec une variation importante d'un pays à l'autre. Ces dispositifs peuvent impliquer une palette de financements, de contenus, de groupes cibles, etc. très variés. De la même façon, les objectifs de ces programmes peuvent être très différents : certains peuvent mettre en avant

le bien-être de l'enfant, d'autres l'atténuation des inégalités sociales, ou peuvent favoriser la conciliation famille-travail et l'insertion professionnelle des parents.

La plupart des études scientifiques à ce sujet sont issues des pays anglo-saxons, notamment les États-Unis. Globalement, les études suggèrent que les programmes d'accueil et d'éducation précoce peuvent agir sur les inégalités quand ils sont de bonne qualité. Un des programmes le plus fameux dans cette littérature, qui a ouvert le champ d'étude, est le Perry Preschool Project. Le programme, une étude randomisée qui a démarré en 1962, ciblait des enfants de 3 ans dans une ville défavorisée du Michigan. Pendant deux ans, les enfants randomisés dans l'étude se sont vus proposer un programme de deux heures par jour au sein d'une crèche ; leurs parents recevaient aussi des visites à domicile, hebdomadaires, par des éducateurs formés par le programme. Les éducateurs suivaient la pédagogie « High-Scope », qui se focalisait sur des relations éducateur-enfant chaleureuses, sur l'encouragement à l'indépendance dans la prise de décision et la résolution des problèmes, sur la coopération entre éducateur et enfant ainsi qu'entre enfants, etc. Le rendement financier du programme s'est révélé très important : le coût (relativement élevé) de 15 000 dollars par an et par enfant produisait un retour sur investissement d'environ 200 000 dollars pour chaque enfant.

En effet, le programme a eu des effets de très long terme sur les enfants qui en ont bénéficié. Des impacts positifs du programme ont été démontrés, entre autres sur les compétences cognitives des enfants avant l'entrée à l'école et à la fin des études secondaires, sur la poursuite des études après le lycée, sur les revenus à l'âge adulte et même sur les implications judiciaires. Quels sont les mécanismes qui peuvent expliquer ces effets positifs ? Les chercheurs ont conclu que ces effets positifs passent très peu par un impact direct du programme sur les compétences cognitives des enfants, mais plutôt par un impact sur leurs compétences socioémotionnelles (telles que la motivation, la régulation des émotions ou le comportement).

Depuis le Perry Preschool Project, plusieurs autres programmes expérimentaux, de petite taille et avec des coûts par enfant plutôt élevés, ont aussi démontré des impacts positifs de long terme sur leurs participants. On observe des effets positifs surtout quand les programmes sont de très haute qualité et mobilisent une approche holistique (i. e. ne se focalisent pas que sur des compétences cognitives ou académiques, mais aussi sur le bien-être socioémotionnel des enfants). Néanmoins, peu de ces programmes ont réussi à monter en puissance tout en gardant ces effets positifs, et il y a moins d'études sur des programmes à l'échelle nationale.

Le cas de la France : les enseignements des données de la cohorte Elfe

La littérature scientifique est donc tirée par les expériences des pays anglophones. Néanmoins, la littérature



française commence, dans les dernières années, à s'intéresser davantage à la petite enfance, aux inégalités sociales pendant cette période, au rôle des modes d'accueil et des programmes d'éducation précoce. Une des raisons pour ce nouvel intérêt est la mise en place de nouvelles études empiriques, comme la cohorte Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance). Cette étude de grande échelle, qui suit 18 000 enfants depuis leur naissance, est représentative de toutes les naissances en 2011 (une naissance sur vingt est incluse) et suit les enfants et leur famille de manière régulière depuis leur naissance. Les enquêtes ont eu lieu à la naissance, aux 2 mois de l'enfant, à 1 an, 2 ans, 3 ans et demi, 5 ans et demi, et 12 ans.

Que sait-on des inégalités sociales pendant la petite enfance selon l'enquête Elfe ? On observe des gradients sur plusieurs indicateurs de santé et développement, très nets selon le niveau d'éducation des parents ou encore leurs revenus. Par exemple, les parents les moins diplômés sont plus susceptibles d'avoir des bébés de petit poids que les parents plus diplômés [59], le petit poids à la naissance étant un indicateur de santé qui peut avoir un impact sur le long terme. Des inégalités socio-économiques dans les compétences langagières aux 2 ans de l'enfant ont aussi été démontrées : les enfants de ménages plus favorisés ont un vocabulaire plus étendu que les enfants issus de ménages défavorisés [36]. Le vocabulaire est un aspect du langage très sensible au contexte de l'enfant. Un gradient classique selon le niveau d'éducation des parents ou des revenus du ménage est retrouvé. En revanche, on ne note pas d'inégalité pour un autre indicateur de développement étudié aux 2 ans de l'enfant : la motricité.

Finalement, les tout premiers résultats sur les compétences cognitives aux 3 ans et demi des enfants montrent des tendances similaires à celle du vocabulaire aux 2 ans. Donc, les enfants en France aujourd'hui commencent leur scolarité avec des compétences déjà très inégales selon leur origine sociale. Cela appelle à mieux considérer comment atténuer ces écarts dans la toute petite enfance, avant même l'entrée à l'école maternelle.

L'effet du mode d'accueil sur le langage

Plusieurs études en France ont montré que les enfants défavorisés ont moins accès aux modes d'accueil formels tels que la crèche. Il est donc peu surprenant que cette variable explique en partie le gradient social observé pour le vocabulaire aux 2 ans de l'enquête Elfe [36]. D'autres études montrent que cet effet bénéfique des modes d'accueil formels sur le développement du langage n'est pas produit par un effet de confusion par d'autres variables non observées. Autrement dit, cet effet semble être « causal » [5]. L'effet bénéfique de la crèche apparaît plus important sur les enfants défavorisés ; il est toujours positif mais moins

important chez les enfants plus favorisés. Les enfants qui semblent bénéficier le plus de la crèche seraient les enfants avec un parent isolé, moins diplômé, avec des revenus moins importants. La crèche apparaît donc comme un outil potentiel pour diminuer les inégalités sociales avant l'entrée à l'école.

Les modes d'accueil formels en France, et notamment la crèche, sont regardés à l'international comme des programmes de grande qualité, avec du personnel qualifié et des standards de qualité structurelle (taux d'encadrement, etc.) établis centralement, ce qui explique peut-être ces résultats positifs pour la France. Il est donc important de rappeler que si on veut utiliser cet outil pour réduire les inégalités chez les jeunes enfants, la qualité des programmes doit être au moins maintenue, voire développée et notamment pour tout ce qui concerne « la qualité des processus ou des interactions » (la qualité et le type des interactions adulte-enfant, etc.), qui est encore peu prise en compte en France, mais dont nous savons qu'elle est très importante pour le bon développement des enfants.

Il est aussi important de « recontextualiser » ces résultats. L'accès à la crèche explique une partie des écarts de vocabulaire entre les enfants des parents plus aisés (et plus diplômés) et les enfants des parents moins favorisés, mais il est loin d'être le seul mécanisme qui produit ces inégalités. D'autres études ont montré l'importance cruciale du contexte familial, notamment les ressources financières des parents, leur santé mentale et physique, les opportunités et les contraintes qui leur permettent (ou pas) de proposer à leur enfant un environnement enrichissant, leurs ressources sociales, leurs réseaux, le logement, le quartier où ils habitent, etc. Investir dans des modes d'accueil de qualité peut donc réduire (un peu) les écarts existants, mais ne peut pas les effacer complètement car ils relèvent d'inégalités structurelles auxquelles sont soumis les enfants dès leurs premières années de vie.

Conclusion

En France, il existe de fortes inégalités sociales en termes de développement et de bien-être des enfants dès leur naissance. L'enquête Elfe permet pour la première fois de décrire ces inégalités avec un échantillon représentatif à l'échelle nationale. Les résultats issus de cette enquête montrent notamment des écarts considérables en termes de vocabulaire de l'enfant à 2 ans. L'acquisition du vocabulaire est un peu plus lente pour les enfants qui n'ont pas accès à des modes d'accueil formels, surtout collectifs. Les enfants issus des familles plus défavorisées semblent bénéficier davantage des modes d'accueil formels. Les modes d'accueil formels, s'ils sont de bonne qualité, comme ceux préconisés par des politiques publiques telles que la stratégie nationale de prévention et d'action contre la pauvreté, peuvent donc être un outil pour diminuer les inégalités sociales dès le plus jeune âge, sans pouvoir complètement les éradiquer. ●

Pour une analyse genrée des inégalités de santé

Malgré un accès universel à un système de soins dans la plupart des pays européens, les inégalités sociales en matière de santé sont omniprésentes et ont augmenté ou sont restées stables au cours de la dernière décennie. Les inégalités sociales en matière de santé, qui représentent une injustice sociale particulièrement grave, sont une préoccupation croissante dans le débat public, attirant l'attention des chercheurs pour mieux les comprendre, et des décideurs politiques pour tenter de les limiter. Un important corpus de recherche a identifié un certain nombre de déterminants sociaux de santé, notamment la situation d'emploi, les expositions environnementales, ainsi que des caractéristiques sociales associées à un état de santé plus dégradé, comme le revenu, l'éducation, l'origine migratoire, tandis que d'autres recherches ont précisé le rôle du système de soins de santé et d'autres encore les effets des politiques économiques dans la contribution aux inégalités de santé. Cependant, peu d'études appréhendent le genre, en tant que « système de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) » [3]. Les recherches biomédicales qui s'intéressent aux différences entre les femmes et les hommes rapportent souvent ces différences à des enjeux biologiques.

Les femmes semblent de prime abord avantagées en termes de santé, avec une espérance de vie plus élevée que les hommes, dans presque tous les pays du monde, ce qui pourrait expliquer le manque d'intérêt scientifique sur le rôle du genre comme déterminant social de la santé. Dans les pays européens, l'écart entre les sexes en matière d'espérance de vie à la naissance était de 5,5 ans en 2018 (83,7 ans pour les femmes contre 78,2 ans pour les hommes). Cependant, cet écart n'est que de 0,5 an si l'on considère l'espérance de vie en bonne santé¹. Ainsi, l'avantage des femmes en matière de mortalité est limité par une morbidité plus importante.

En France, l'avantage santé des femmes l'emporte sur les inégalités socio-économiques. Alors que les femmes et les hommes cadres ont une espérance de vie à 35 ans plus élevée que leurs homologues de la classe ouvrière, les ouvrières ont une espérance de vie plus élevée que les cadres masculins [17]. Cependant, on constate que les femmes faiblement diplômées ont une espérance de vie sans incapacité sensiblement

moins élevée que les hommes titulaires d'un diplôme universitaire.

La hiérarchie des sexes en matière d'espérance de vie s'oppose aux tendances observées dans les autres sphères sociales (moindre rentabilité du capital scolaire des filles, salaires plus faibles pour les femmes, moindre accès des femmes aux responsabilités économiques et politiques, etc.). Si certains facteurs liés à l'exposition à des facteurs de risque (tabac, alcool, expositions professionnelles, etc.) peuvent rendre compte pour partie des différences observées entre les sexes, cette situation paradoxale nécessite une analyse approfondie des processus complexes qui construisent ces différences entre hommes et femmes. La mise en perspective des situations observées pour différentes pathologies peut apporter des éléments de compréhension des mécanismes en jeu.

Le genre des pathologies : l'exemple des maladies cardiovasculaires et de la dépression

Alors que l'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires (MCV) des femmes sont plus faibles que celles des hommes en Europe, la mortalité des femmes est plus élevée. Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès dans le monde et la première cause de décès chez les femmes en France, et elles sont souvent sous-diagnostiquées chez les femmes, qui se font également soigner plus tard que les hommes. L'association entre la position sociale et la mortalité due aux maladies cardiovasculaires diffère également entre les hommes et les femmes. Cela a été observé en France, où le gradient socio-économique de mortalité cardiovasculaire était plus marqué chez les femmes que chez les hommes. Notamment, par rapport aux personnes ayant un diplôme universitaire, les femmes ayant un faible niveau d'éducation avaient un risque relatif de mortalité cardiovasculaire plus élevé (RR 4,31, IC 95 %, 2,51-7,42) que les hommes de la même catégorie d'éducation (RR 2,72, IC 95 %, 2,17-3,41).

Des différences similaires dans la distribution sociale des événements cardiovasculaires ont également été constatées dans d'autres pays riches [1]. Dans ces articles, les auteurs spéculent sur la contribution potentielle des facteurs de risque socialement structurés, notamment l'obésité et le tabagisme, qui peuvent différer entre les hommes et les femmes et évoluer avec le temps. De plus, la mesure sociale utilisée pose question. Dans les deux cas il s'agit du niveau d'éducation, qui est un marqueur de position sociale lié aux conditions de vie pendant l'enfance. Certains travaux

Michelle Kelly-Irving

Inserm-Université de Toulouse, UPS, UMR 1295, Iferiss (FED 4142)

Nathalie Bajos

Inserm, EHESS, Iris, UMR 8156-U 997, campus Condorcet, Paris

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

1. Eurostat 2020 : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_birth



sur les infarctus du myocarde évoquent que les femmes expriment des douleurs plus atypiques et qu'elles sont moins susceptibles de bénéficier d'explorations complémentaires. Le temps de délai recommandé (10 minutes) de traitement pour un infarctus du myocarde grave (ST-segment) est moins souvent respecté pour les femmes que pour les hommes. Une étude récente en France montre que les femmes sont moins susceptibles que les hommes de recevoir des statines à forte dose à la sortie de l'hôpital, et une autre montre que les traitements adaptés sont moins susceptibles d'être prescrits aux femmes hypertendues [25]. Les femmes sont encore sous-représentées dans la recherche clinique, la plupart des essais cliniques et les bases de données, dont est dérivée la recherche, comprennent des biais en sous-représentant les femmes.

Les rapports de genre peuvent aussi jouer en défaveur des hommes. Les troubles dépressifs majeurs sont une des principales causes d'incapacité dans le monde, et contribuent largement à la charge globale de morbidité. En contraste avec l'exemple des maladies cardiovasculaires, les hommes sont sous-diagnostiqués pour les troubles dépressifs malgré un taux de suicide jusqu'à quatre fois plus élevé que les femmes. Aux États-Unis, l'augmentation constante des taux de mortalité chez les hommes et les femmes non hispaniques, plus âgés, sans diplôme universitaire depuis 2000, attribuée aux suicides et décès liés à la drogue ou à l'alcool, est associée à la dépression. Les femmes adultes ont deux fois plus de risques que les hommes de souffrir de dépression majeure [9]. En France, la prévalence de la dépression chez les adultes de 15 à 75 ans est de 10 % pour les femmes et de 5,6 % pour les hommes. Cette différence genrée apparaît dès le début de l'adolescence, suggérant une multiplicité de processus de développement humain affectifs, biologiques, cognitifs et de socialisation depuis l'enfance. Les différences entre les sexes dans la prévalence de la dépression majeure sont en partie liées aux processus de socialisation et aux trajectoires de soins de santé qui sont différents selon le sexe. La différence de prévalence des troubles majeurs de dépression pourrait également refléter des biais de genre dans les outils de diagnostic utilisés pour le dépistage de ces affections. On soulignera également que dans les pays où les femmes ont moins d'opportunités et contrôlent globalement moins de ressources, on observe plus fréquemment des symptômes de dépression dans la population et un écart plus important entre les hommes et les femmes [9].

Que révèlent ces différences selon le sexe ?

Dans le domaine médical, le genre est souvent réduit à une différence entre les hommes et les femmes essentiellement attribuée à la biologie. Or, la variation de l'écart entre les sexes dans ces deux exemples de pathologies reflète en partie les divers rôles et positions sociales que les femmes et les hommes occupent à différentes étapes de

leur vie. La façon dont les corps sont socialement construits tout au long de la vie doit être interrogée afin de comprendre les différences observées en matière de santé entre garçons et filles, femmes et hommes. Il s'agit notamment d'analyser comment les hommes et les femmes reconnaissent un problème de santé donné et expriment leurs symptômes liés aux pathologies.

Cette perspective analytique de trajectoires de vie peut utilement s'inscrire dans une approche intersectionnelle qui permet de tenir compte de la consubstantialité des rapports sociaux de domination, de genre, de classe et de « race », qui participent à la construction de l'état de santé. En outre, si cette approche est combinée avec une perspective d'incorporation biologique, examinant comment les structures et dynamiques sociales sont associées à des réponses au niveau biologique, nous pourrions à terme mieux comprendre la construction des inégalités sociales de santé et mieux les prévenir [70].

Cette analyse de la construction sociale des corps malades doit nécessairement intégrer le rôle du système de soins dans la production des inégalités genrées. Les trajectoires de soins, les recommandations médicales, la formation médicale et l'organisation du système constituent une « cascade de soins de santé » à chaque étape de laquelle des biais de genre peuvent jouer. Dans un projet pluridisciplinaire récemment financé², nous allons procéder à une analyse de cette cascade en France dans une perspective intersectionnelle.

Une analyse des pathologies à travers le prisme intersectionnel nous permettra d'étudier dans quelle mesure les études utilisées pour formuler les recommandations médicales sont biaisées, si l'entrée dans le système de soins et le dépistage sont équitablement accessibles aux hommes et femmes. Nous pourrions aussi observer comment les interactions entre médecin et patient sont différentes selon les dyades de sexe et affectent potentiellement le diagnostic et le traitement ainsi que les pratiques d'observance, qui façonnent les trajectoires de santé ultérieures et affectent à terme la mortalité.

L'avantage apparent en matière d'espérance de vie observé pour les femmes peut conduire les chercheurs en santé et en médecine à penser que les inégalités en matière de santé ne sont pas genrées et attribuer à la biologie les différences observées entre les sexes. Les analyses sur la crise sanitaire de l'épidémie de Covid-19 montrent que la nécessité d'interroger l'essentialisation biologique que des différences de sexe est toujours d'actualité. ●

2. Projet Gendhi (Gender and Health Inequalities : from embodiment to the health care cascade), ERC-Sgy19, Bajos, Darmon, Geoffard et Kelly-Irving, 2019.

Les inégalités sociales et environnementales de santé

Les facteurs environnementaux sont désormais considérés comme des déterminants de la santé à part entière, et la dimension environnementale est de plus en plus intégrée à l'étude des inégalités de santé. Les inégalités environnementales alimentent les inégalités sociales et la vulnérabilité sociale est inversement proportionnelle à la qualité de l'environnement. De nombreux plans nationaux en faveur de la santé affichent une ambition de réduction des inégalités sociales de santé. Le plan national santé environnement n'échappe pas à cet enjeu de santé publique puisqu'il y inscrit la réduction des inégalités environnementales comme un des objectifs majeurs.

Deux dimensions intimement liées

« Les inégalités environnementales de santé » sont liées aux dimensions territoriales et sociales, et peuvent s'analyser selon la combinaison de deux processus : des « inégalités d'exposition », liées à des disparités de répartition géographique des nuisances environnementales, et des « inégalités de vulnérabilité », liées à :

- i. des maladies préexistantes ou des comportements défavorables à la santé avec une forte interférence du contexte social ou éducatif,
- ii. des périodes sensibles de la vie (petite enfance, grossesse, avancée en âge),
- iii. des expositions cumulées (qualité de l'air intérieur, expositions professionnelles, transports) et de longue durée (parfois depuis l'enfance) décrivant de véritables trajectoires socioenvironnementales.

Les indicateurs de santé publique, couramment utilisés, qui permettent de mesurer l'état de santé de la population, comme les indicateurs de mortalité, et notamment le taux de mortalité néonatale (décès avant 28 jours) et infantile (décès avant un an), ont été décrits dans la littérature comme associés à des facteurs sociaux et environnementaux dont l'intrication est particulièrement complexe à mesurer [13]. En effet, aux facteurs sociaux classiquement reconnus pour influencer l'état de santé de l'enfant (revenu du foyer, niveau d'éducation, origine ethnique ou encore statut marital de la mère) s'ajoutent les facteurs environnementaux liés aux différents lieux de vie fréquentés dans la journée (les plus couramment considérés sont les lieux de résidence et de travail). Les études lancées aux États-Unis puis développées en Europe ont par exemple mis en évidence un lien entre mortalité néonatale et pollution atmosphérique après ajustement sur le niveau de défavorisation sociale ou bien après prise en compte d'un effet combiné de la pollution atmosphérique avec le niveau de défavorisation sociale [35]. Même constat en France, où plusieurs études ont démontré que la distribution spatiale du

risque de mortalité infantile n'était pas uniformément répartie sur les territoires étudiés. La combinaison des déterminants environnementaux et socio-économiques expliquerait en partie cette variation spatiale des risques suivant trois mécanismes :

- une voie psychologique : la perception des nuisances environnementales pourrait venir brouiller les messages envoyés au cerveau et affecter la santé par le biais de mécanismes psycho-neuroendocriniens (par exemple l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, qui régule la sécrétion de cortisol) ;
- un processus de perturbation physiologique, comme la modification des échanges nutritionnels entre la mère et le fœtus ;
- une voie environnementale : certains groupes de population plus défavorisés seraient plus exposés aux nuisances environnementales.

En Europe et en France, certains travaux cherchent ainsi à améliorer les connaissances quant à la contribution des expositions environnementales aux inégalités sociales de santé [34]. Il est communément admis que les populations socioéconomiquement défavorisées et les populations minoritaires supportent un fardeau disproportionné de l'exposition à la pollution [39]. À titre d'exemple, il existe une corrélation entre la présence d'incinérateurs en France et celle de personnes à faibles revenus et immigrées, de surcroît les nouveaux incinérateurs sont installés à proximité de ces mêmes groupes de population.

Ainsi, les concepts d'inégalités sociales et environnementales doivent être traités conjointement pour avoir une vision intégrative, pertinente, compréhensive et complète de leurs effets.

Une thématique insuffisamment étudiée en France

L'étude des inégalités environnementales est un champ d'investigation exploré pleinement outre-Atlantique mais très peu en France. La lutte contre les inégalités environnementales et sociales de santé est clairement affichée comme une priorité dans les politiques publiques sociales et sanitaires, mais son implémentation peine à se développer. En effet, la définition des concepts sous-jacents aux inégalités environnementales n'est pas encore stabilisée, les méthodes pour aborder cette problématique ne sont pas complètement formalisées et les données ne sont pas toujours disponibles. Aujourd'hui, il est temps de parvenir à une définition opérationnelle de cette notion pour pouvoir mieux la mesurer, la comprendre et agir. Les inégalités environnementales s'expriment à l'échelle de territoires regroupant plusieurs communes mais aussi à des niveaux plus fins comme les quartiers. En effet, le territoire peut être l'expression d'inégalités

Stéphanie

Vandentorren

MD, PhD. Santé publique France, Direction scientifique et internationale, Université de Bordeaux, Inserm, UMR 1219, vintage team, Bordeaux

Séverine Deguen

École des hautes études en santé publique, Département des méthodes quantitatives en santé publique, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, Département d'épidémiologie sociale (UMRS 1136), Sorbonne université, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris VI, Inserm

Cécile Vuillermoz

Sorbonne université, Inserm, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP), équipe de recherche en épidémiologie sociale, Paris

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.



environnementales par des processus de ségrégation sociale, qui résultent des spécificités des territoires, que ce soit au niveau physique (climat, altitude, disponibilité des ressources naturelles) ou de leur histoire (présence de sites industriels). La mesure de la dimension sociale des inégalités environnementales de santé implique de croiser les données sociales et environnementales à des échelles très fines – comme celle du quartier.

Or, à cette échelle fine du quartier, il n'existe pas à ce jour de système d'information intégratif des inégalités sociales et environnementales permettant de les identifier, d'en déterminer les mécanismes et d'aider à l'implémentation de stratégies de réduction des inégalités. Le manque d'indicateurs au niveau infraterritorial fin (par exemple au niveau des Iris, îlots regroupés pour l'information statistique) est fortement préjudiciable, dans la mesure où c'est à ce niveau que se concentrent les inégalités de santé. Les indicateurs disponibles, au mieux à l'échelle de la commune, peuvent être croisés, à défaut d'indicateurs sociaux fins, avec les indices de défavorisation, mais ceux-ci ne sont pas toujours pertinents en regard de la spécificité de certains territoires, notamment en Outre-mer, où le contexte territorial est différent de celui de la métropole, nécessitant le développement d'indices spécifiques [51].

En outre, les dispositifs de prévention et de promotion en santé en place aujourd'hui n'affichent pas dans leur objectif la réduction des inégalités sociales et environnementales de santé. Ainsi, la déclinaison de ces dispositifs en actions de prévention probantes est peu fréquente dans le champ de la santé environnementale. Rares sont les actions ou interventions qui intègrent la problématique des inégalités sociales ou les spécificités des populations en situation de vulnérabilité dans ce champ de la santé publique.

Si l'on s'intéresse plus précisément aux groupes de populations les plus défavorisées, très peu d'actions leur sont spécifiquement destinées. Pourtant, leurs caractéristiques individuelles combinées à celles d'un environnement de vie plus dégradé pourraient conduire à un risque sanitaire accru et ainsi, à l'échelle d'un territoire, augmenter les inégalités sociales et environnementales de santé. À titre d'exemple, la lutte contre le saturnisme chez les enfants, pathologie liée à l'environnement et à l'exposition au plomb dans un logement dégradé, a rencontré un certain succès en population générale par la lutte contre l'habitat indigne. Cependant, certaines populations (enfants nés à l'étranger, habitant ou vivant à proximité de sites pollués) restent particulièrement exposées.

Un enjeu pour les crises à venir

Concept dérivé des études environnementales, la vulnérabilité s'inscrit dans une approche dynamique qui renvoie à des situations de risque ou d'incertitude. Le niveau de vulnérabilité s'apprécie au regard de la résilience, de la capacité pour un individu à absorber un choc, à y faire face puis à se reconstruire. Autour

du concept de « vulnérabilité », l'action publique tend à évoluer de la protection vers la prévention. On passe alors d'actions de soutien apportées aux personnes en difficulté à celles de prévention conduites auprès des populations en situation de vulnérabilité. Ainsi ciblées, ces actions de prévention peuvent permettre aux personnes en situation de vulnérabilité, considérées comme « créatives et responsables », de mieux affronter l'incertitude pour, *in fine*, limiter les risques. C'est ce que le concept de « justice environnementale » définit en « capturant » plusieurs formats d'action favorisant le pouvoir d'agir des populations en situation de vulnérabilité socioenvironnementale. La mise en évidence des cumuls de risques sociaux et environnementaux doit ainsi s'accompagner de politiques publiques favorisant les mécanismes de changement auprès des individus qui subissent davantage ces inégalités, mais surtout au sein des environnements de vie où ils évoluent.

Le frein majeur à la prise en compte des inégalités environnementales par le décideur en santé publique est en grande partie lié à la difficulté à conduire une réflexion transversale et intégrative sur les aspects sociaux et environnementaux. Délimiter ce qui relève strictement de la dimension sociale des inégalités et ce qui dépend des spécificités des territoires constitue donc un préalable à l'élaboration de toutes mesures visant à intégrer des inégalités sociales et environnementales de santé.

Dans ce contexte, la question est la suivante : la santé et le bien-être dépendent-ils des caractéristiques individuelles incluant la classe sociale et le territoire résidentiel des populations ? Une réflexion approfondie permettant l'élaboration d'une méthodologie de référence sur le croisement des informations environnementales et sociales apporterait des éléments de réponse à cette question. Pour cela, il est nécessaire d'encourager une meilleure articulation entre le monde de la recherche, celui de la surveillance et celui de la décision en santé publique, de façon à intégrer ces inégalités depuis la production et l'amélioration des connaissances jusqu'à la mise en œuvre d'une politique préventive sur le territoire.

Les défis des prochaines crises sanitaires nous imposent de développer rapidement et prioritairement cet axe. D'une part, les crises sanitaires, quelle que soit leur nature, frappent plus durement les populations déjà fragilisées par les inégalités sociales préexistantes. D'autre part, leur survenue peut engendrer une crise économique aggravant encore ces inégalités sociales, avec pour conséquence immédiate la dégradation marquée de la santé physique et mentale des populations les plus démunies. La crise actuelle que nous vivons avec l'épidémie de Covid-19 en est une nouvelle illustration. Le changement climatique impacte plus durement les populations les plus vulnérables et apparaît comme un amplificateur d'inégalités sociales et environnementales préexistantes. Il devient donc urgent de mettre en place des politiques de santé publique qui puissent protéger aux mieux ces populations, afin qu'ils puissent faire face aux crises sanitaires à venir. ●

Les inégalités sociales de santé à l'heure de l'épidémie de Covid-19

Des enquêtes révèlent l'existence d'inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. Le virus a circulé davantage dans les zones défavorisées, qui ont connu une surmortalité par rapport à la moyenne nationale.

Statistiques, inégalités sociales de santé et Covid-19

La pandémie de Covid-19 touche de façon inégale la population à différents niveaux : par la maladie et sa prise en charge, par les mesures barrières et de confinement et enfin par les conséquences économiques et psychologiques qui en découlent. Néanmoins, les données manquent encore en France pour mesurer l'impact de l'épidémie, de la prise en charge des malades et des mesures de contrôle de l'épidémie sur les populations spécifiques (populations précaires, personnes âgées, etc.), et plus largement au regard des caractéristiques sociales en population générale.

La France se caractérise par des inégalités sociales de santé (ISS). Sur la période 2012-2016, l'écart d'espérance de vie entre les 5 % les plus aisés (en termes de revenus) et les 5 % les plus modestes est de douze ans chez les hommes et de huit ans chez les femmes¹. Ces inégalités sont observées dans la distribution de beaucoup de pathologies, chroniques comme infectieuses [65]. Ainsi, dès le début de la pandémie de Covid-19, nous pouvions faire l'hypothèse que son impact serait plus important chez les

personnes socialement moins favorisées, et ce à différents niveaux :

- un risque d'infection plus important lié à des emplois moins « télétravaillables », l'utilisation des transports en commun, des conditions de vie favorisant la promiscuité (logements exigus, suroccupation, peu d'accès extérieurs privés) ;
- un risque de faire des formes graves de la maladie plus important lié à une plus forte prévalence de certains facteurs de risque (hypertension, bronchopneumopathie chronique obstructive, diabète, tabagisme, obésité) et potentiellement à un état inflammatoire et à une « usure physiologique » plus élevés chez les personnes moins favorisées [4, 19], qui pourrait conduire à un risque plus élevé de présenter une réponse inflammatoire excessive ;
- un recours aux soins moins fréquent même si des phénomènes de rattrapage sont observés [50], lié à des obstacles financiers, à l'accessibilité géographique, au temps d'attente nécessaire et à la notion que ce recours est « moins prioritaire » que d'autres besoins fondamentaux ;
- durant le confinement et le couvre-feu, un impact psychologique, sanitaire et socio-économique plus important pour les personnes vivant dans des conditions de logement moins favorables. Enfin, la durée

Cyrille Delpierre

Cerpop, Université de Toulouse, Inserm, UPS, Toulouse

Stéphanie

Vandentorren

Santé publique France, Direction scientifique et internationale, Université de Bordeaux, Inserm, UMR 1219, vintage team, Bordeaux

Michelle Kelly-Irving

Cerpop, Université de Toulouse, Inserm, UPS, Toulouse

Damien Mouly

Santé publique France, Direction des régions, cellule régionale Occitanie, Toulouse

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

de la quarantaine, la peur de l'infection, l'ennui, le manque d'information, le mauvais approvisionnement ou les pertes financières ont été associés aux problèmes psychologiques [11]. Les femmes, les jeunes (18-30 ans), les personnes plus âgées (plus de 60 ans) et les personnes devant se déplacer pour travailler ou habitant dans les zones les plus touchées étaient particulièrement sensibles au stress psychologique ressenti, lui-même également influencé par la qualité du système de santé.

Le rationnel de ces hypothèses est très clairement détaillé dans un rapport publié par la Drees en juillet 2020². Ce rapport, qui propose des pistes intéressantes pour développer des travaux de recherche et de surveillance pour mieux prendre en compte les inégalités sociales face à la Covid-19, met néanmoins en lumière le manque de données françaises, qui s'explique largement par l'absence de données sociales collectées en routine dans le système de soins (notamment dans les dossiers médicaux), dans les données de surveillance ou dans les bases de données médico-administratives.

Deux grands types d'approche pour étudier les inégalités sociales face à la Covid-19 en France

La première approche consiste à mener des analyses à partir des données collectées en routine

Ces bases correspondent aux données des certificats de décès, aux données de remboursement du Système national des données de santé (SNDS), ou encore aux bases de données spécifiquement créées ou mobilisées pour faire face à l'épidémie de Covid-19, comme les bases Sidep (Système d'information de dépistage), Sivic (Système d'information pour le suivi des victimes), Oscour (Organisation de la surveillance coordonnées des urgences), SOS médecins, ESMS (établissements et services médico-sociaux incluant les Ehpad) et la surveillance des cas graves en réanimation.

Ces données ont l'avantage d'être collectées en temps réel et donc d'être rapidement mobilisables pour éclairer les politiques au plus près de l'évolution de l'épidémie. Elles ont néanmoins un inconvénient majeur pour prendre en compte les inégalités sociales de santé car elles ne contiennent pas, en dehors du statut bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) dans Oscour et le SNDS, d'informations sociales individuelles. Elles disposent cependant d'informations de géolocalisation des patients : l'adresse dans le SNDS et Sidep, la commune ou le code postal dans Oscour et SOS médecins, et le département pour les autres. Le géocodage des adresses de résidence peut permettre d'assigner à chaque individu une information socio-économique calculée à partir des caractéristiques de son territoire de résidence. Cette information socio-

économique fait classiquement référence à des indices écologiques de défavorisation (lire p. 13).

Des projets proposent ainsi d'utiliser les données Sidep, Sivic et Oscour pour pouvoir caractériser l'existence d'inégalités sociales face à l'infection par la Covid-19, en utilisant l'adresse, comme le projet Epidemic.

Pour autant, l'exploitation de ces bases de données doit faire face à des contraintes techniques (volumétrie des données), qualitatives (contrôle qualité permanent) et réglementaires (Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé [Cesrees] et Cnil). L'ensemble de ce processus peut ainsi conduire à des délais trop longs pour permettre de répondre de manière optimale aux enjeux que posent cette épidémie et sa gestion. Ainsi, à ce jour, ces données n'ont toujours pas pu être exploitées pour caractériser les inégalités sociales de santé face au risque d'infection par la Covid-19.

Un rapport de l'ORS Île-de-France portant sur la surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens³ (lire p. 42) rappelait également qu'il était très difficile de déterminer l'ampleur des inégalités sociales de mortalité du fait du manque de données disponibles. Ce rapport soulignait l'urgence à disposer plus largement du lieu de résidence des personnes décédées de la Covid-19 ainsi que des personnes hospitalisées et/ou en réanimation pour formes graves.

La seconde approche est de développer une collecte de données de novo, ou à partir de cohortes de patients

En ce qui concerne le risque face à l'infection et la prise en charge, la cohorte French Covid a été mise en place au niveau national fin janvier 2020 pour étudier les formes de la maladie nécessitant une hospitalisation, au regard de plusieurs caractéristiques, dont la position sociale. À ce jour les résultats ne sont pas encore disponibles. Au niveau de la population générale a été lancée en avril 2020 l'étude Sapris (Santé, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise Covid-19), construite à partir de quatre grandes cohortes préexistantes (Constances, Elfe-Epage2, E3N-E4N, Nutrinet-Santé), et, en mai 2020 l'étude Epicov, construite à partir d'un échantillon représentatif de la population vivant en France et dont un sous-échantillon a réalisé un test sérologique⁴. Les objectifs de ces deux études étaient de connaître le statut immunitaire de la population, d'en connaître ses déterminants notamment sociaux, et d'étudier les enjeux sociaux de l'épidémie de Covid-19 et du confinement. Les premiers résultats, publiés en octobre 2020, confirment que le risque d'infection est socialement distribué, plus élevé aux extrêmes de la

2. « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 ». Les Dossiers de la Drees, juillet 2020, 62.

3. <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-surmortalite-durant-lepidemie-de-covid-19-dans-les-departements-franciliens.html>

4. <https://santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/enquetes-epicov-et-sapris-quels-sont-les-enjeux-biologiques>

position sociale, tout comme l'impact du confinement [2, 71]. Ces données, bien qu'extrêmement utiles, présentent néanmoins les limites d'un manque de représentativité pour les données issues de cohorte ou d'un risque d'erreur de mesure pour le statut Covid, qui peut être autodéclaré (étude Sapris). Mais surtout ces résultats sont disponibles plusieurs mois après le début de l'épidémie, et n'ont donc pas pu éclairer les décisions politiques lors de la première vague épidémique et du confinement, même s'ils restent pertinents pour s'adapter aux prochaines vagues.

Au niveau local, des études ciblées ont permis de quantifier l'impact de la contamination dans des populations vivant en grande promiscuité. C'est le cas de l'étude de séroprévalence menées dans les centres d'hébergement à Marseille et en Île-de-France, qui montre parfois plus de 90 % de personnes contaminées selon les centres.

Une autre étude de séroprévalence [68], menée dans des quartiers défavorisés de la ville de Perpignan (étude SCoPe), a montré que près de 35 % des personnes (14 % à 47 % selon les quartiers) avaient été contaminées lors de la première vague. Ces forts niveaux de contamination par rapport à la population générale confortent l'existence d'un risque d'infection plus important dans les populations sans domicile fixe ou dans des quartiers pauvres. Ils suggèrent l'existence de facteurs de risques répartis différemment (densité de population, mesures d'hygiène, type de logement).

En ce qui concerne l'impact du confinement, l'enquête CoviPrev a été mise en place pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale des Français. L'étude s'appuie sur deux échantillons représentatifs (2 000 personnes de 18 à 64 ans) interrogés de façon répétée (fin juin et à l'automne 2020), ainsi que sur la participation spontanée des personnes à partir des réseaux sociaux jusqu'à la fin de l'année 2020. Elle a apporté rapidement des premiers résultats intégrant des indicateurs socio-démographiques⁵.

L'étude Coconel, lancée depuis mars 2020 auprès d'échantillons répétés de 1 000 personnes environ, vise également à suivre plus spécifiquement la réponse psychologique, émotionnelle et comportementale de la population française à l'épidémie de Covid-19 et au confinement. La qualité du sommeil et la détresse psychologique durant le confinement ont montré une différenciation selon le statut socio-économique⁶.

À cela s'ajoutent des études *via* internet sur des populations moins représentatives, comme l'étude Confeado, qui interroge la santé mentale des enfants

et adolescents âgés de 9 à 16 ans pendant le confinement en fonction de leurs conditions de vie.

Enfin, des études longitudinales déjà en cours ont inclus cette dimension, par exemple la cohorte Tempo, qui a interrogé les changements vécus en termes de santé et d'habitudes de vie pendant le confinement parmi une cohorte de jeunes adultes.

Que pourrait-on faire de mieux ?

Les études *ad hoc* récupérant des informations sociales à l'échelle de l'individu, les principales améliorations portent sur l'exploitation des bases de données médico-administratives et sur l'évolution des systèmes de surveillance.

Sur le premier point, la meilleure option serait d'être en mesure de croiser à l'échelle individuelle les bases médico-administratives, qui contiennent des données de remboursement de soins et d'actes médicaux, avec des bases de données sociales de l'Insee, qui contiennent des données sociales variées. Le NIR (numéro d'inscription au répertoire), qui est présent dans ces bases, pourrait permettre ce croisement. La création par la Drees de l'EDP-Santé s'inscrit dans cette logique, comme la création de la Plateforme des données de santé (PDS), appelée Health Data Hub en novembre 2019 (cf. article Dispositif statistique permettant la mesure et l'étude des inégalités sociales de santé : où en est-on en 2021 ? Auteurs : Walid Ghosn, Grégoire Rey). Des initiatives basées sur le croisement de données sur la Covid-19 avec des données sociales sont en cours. Le projet ANR DcCOV, porté par l'Inserm et Santé publique France, a pour objectif l'étude de la dynamique temporelle et spatiale de la mortalité selon l'âge, le sexe, le lieu de décès, le statut matrimonial, le pays de naissance, le département et le niveau socio-économique du lieu de domicile. Ces données, non disponibles directement, nécessitent un temps de mobilisation et d'appariement important.

Sur le second point, l'évolution serait de pouvoir inclure des variables sociales (niveau d'éducation, profession et catégorie socioprofessionnelle, lieu de résidence et de travail, pays de naissance, etc.) dans les systèmes de surveillance. C'est le cas pour la surveillance des cas graves de Covid-19, qui intègre depuis la deuxième vague le pays de naissance et la commune de résidence. Cette possibilité reste néanmoins trop largement sous-exploitée à ce jour. La meilleure stratégie à adopter pour faire remonter ces données reste aussi à définir, la charge ne pouvant pas porter sur le corps médical, déjà largement sollicité.

Malgré des initiatives positives, la possibilité de croisement de bases médico-administratives et sociales reste difficile pour des raisons techniques et légales notamment. Sur la question légale, la Cnil permet le croisement de données de santé avec des données sociales dans le cadre de la recherche, conditionné à des garanties de respect de la vie privée, d'anonymisation, de sécurité de stockage et d'analyse des données qui

5. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie#block-249162>

6. <https://www.ehesp.fr/2020/04/08/etude-coconel-un-consortium-de-chercheurs-analyse-le-ressenti-et-le-comportement-des-francais-face-a-lepidemie-de-covid-19-et-au-confinement/>



peuvent conduire à des délais d'accès parfois très longs. La question technique est plus complexe :

- i. du côté des données de santé, les données hospitalières sont stockées dans plusieurs systèmes, non interopérables, pas toujours ouverts au partage ;
- ii. du côté des données sociales disponibles (via l'Insee notamment), des contraintes existent aussi vis-à-vis de l'accessibilité à des données sociales individuelles, pour des raisons de secret statistique notamment (défini par la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques) mais aussi de culture du partage.

Conclusion

Ce rapide état des lieux sur la question des données statistiques pour étudier le lien entre la Covid-19 et les inégalités sociales de santé met en évidence des données d'enquêtes *ad hoc* mais aussi des difficultés de croisement entre les données médico-administratives et socio-économiques. Les résultats d'enquêtes *ad hoc* révèlent l'existence d'inégalités sociales face à l'épidémie et aux mesures de confinement prises pour la contrôler. Ces résultats sont néanmoins relativement longs à obtenir pour pouvoir adapter rapi-

dement les mesures de gestion. À l'inverse de celle des données d'enquêtes, l'utilisation des données médico-administratives devrait permettre de répondre plus rapidement à certaines questions que posent l'épidémie et son impact notamment en termes d'inégalités sociales. Elles présentent par ailleurs un intérêt particulier pour les analyses locorégionales de par leur puissance statistique et leur représentativité à un niveau géographique fin. Leur utilisation pour l'étude du lien entre inégalités sociales de santé et Covid-19 nécessite un croisement de bases médico-administratives, mais aussi cliniques, avec des bases sociales et économiques. Cela nécessite également un accès et un partage facilités et simplifiés de ces données à la communauté des chercheurs, des agences et des organismes qui peuvent éclairer la décision publique. Les données de santé et les données sociales sont à ce jour encore trop cloisonnées. Il devient urgent de faciliter le croisement de données variées, et de rendre plus systématique le partage de données collectées par des fonds publics. Cette volonté de croisement doit s'inscrire dans une réflexion stratégique nationale, et sa mise en œuvre pourrait être facilitée par l'adoption de textes réglementaires spécifiques. ●

Travail exposé, travail protégé : un facteur dynamique d'inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19

Émilie Counil

Institut national
d'études
démographiques
(Ined), Iris, EHESS,
CNRS (UMR 8156),
Inserm (U 997)

En l'absence de mention de la profession sur les certificats de décès français, c'est l'observation d'inégalités de mortalité par Covid-19 entre les territoires qui a pointé le rôle probable de l'exposition en milieu professionnel, à côté des conditions de logement [10]. Les adultes d'âge actif représentent en effet entre 35 % et 40 % des personnes ayant été hospitalisées pour Covid-19 depuis le 1^{er} mars 2020, et une proportion importante de cas groupés sont survenus en entreprise depuis la fin du premier confinement, ainsi qu'en établissements médicaux et sociaux (dont les Ehpad) et dans les milieux scolaires et universitaires ; ces contextes professionnels impliquent des contacts réguliers avec des usagers, patients, étudiants, ou clients. Le milieu professionnel est indéniablement un des vecteurs de l'exposition au virus. Et, de plus, un vecteur d'inégalités.

« Premiers de corvée », « travailleurs au front », « premières lignes », « engagés de la Covid » : nombreuses ont été les expressions pour désigner les personnes qui ont dû continuer à se rendre sur leur lieu de travail

pendant le premier pic épidémique, parfois au contact direct et quotidien du virus, exerçant pour beaucoup une profession dite « essentielle ». Dans le même temps, de nombreuses professions voyaient leurs conditions d'exercice modifiées. Pour certaines, la mise en place du télétravail partiel ou total a pu se faire très tôt au cours du premier confinement ; pour d'autres, les mesures temporaires de chômage technique ont permis une mise à l'abri tant vis-à-vis du virus que des risques de perte d'emploi à court terme. Pour d'autres encore, l'année 2020 aura été marquée par des va-et-vient entre le lieu de travail habituel et le domicile, avec des périodes de chômage technique, voire de chômage tout court.

L'épidémie est en effet mouvante dans le temps et dans l'espace, de même que les mesures collectives de prévention décidées au niveau de l'État, des villes et des entreprises. Saisir les évolutions récentes des configurations d'emploi et des organisations du travail constitue dès lors un enjeu majeur dans la compréhension du gradient social d'infection par le virus responsable de la Covid-19. Bien que certaines catégories

de travailleurs soient plus difficiles à décrire, du fait de relations d'emploi dites atypiques (travailleurs des plateformes, autoentrepreneurs, intérimaires) et/ou de faibles effectifs (conducteurs livreurs, coursiers salariés), plusieurs enquêtes nous permettent d'esquisser un tableau dynamique des inégalités entre travail exposé et travail protégé depuis le début de l'épidémie (lire l'encadré et la figure 1).

Une situation préconfinement d'ores et déjà inégalitaire

En début d'épidémie, certaines professions ont rapidement été pointées comme particulièrement exposées au risque de contamination, mais cette liste s'est depuis allongée. Il s'agit bien sûr des emplois directement au contact de personnes infectées (soignants, pompiers, secouristes), et de ceux manipulant des déchets et matières parfois contaminés (agents de propreté, certains métiers du funéraire). Il s'agit également des activités professionnelles imposant des contacts étroits avec

le public ou avec les collègues (dont les enseignants, formateurs et professionnels de l'action sportive et culturelle).

En tenant compte des contacts en face-à-face et de la présence d'agents infectieux rapportés dans l'enquête CT-2013 (voir l'encadré ci-contre), on estime que plus de 10 millions de personnes cumulaient au moins deux facteurs d'exposition au coronavirus dans leur travail habituel avant le premier confinement. Ces expositions sont inégalement réparties entre catégories socioprofessionnelles (figure 1) – les professions intermédiaires et les employés non qualifiés étant particulièrement concernés – et se concentrent dans une trentaine de familles professionnelles.

Deux ou trois facteurs d'exposition sont pris en compte : le contact direct avec le public, les contacts avec les collègues et/ou avec des agents infectieux.

Autre information intéressante, et attendue au regard de la féminisation de nombre de ces professions, on note une nette surreprésentation des femmes (plus de

Le grand puzzle des enquêtes sur le travail en temps de Covid-19

À défaut d'un système permanent et universel de surveillance des conditions de travail et des expositions professionnelles en France, nous devons nous appuyer sur un ensemble hétérogène de dispositifs d'enquête issus de la statistique publique et de la recherche académique. Cet article rend compte des principales informations apportées par le grand puzzle des enquêtes conduites avant, pendant et depuis la fin du premier confinement (dit « acte 1 », appliqué du 17 mars au 11 mai 2020) jusqu'à la fin 2020. Parmi ces enquêtes, les principales sont :

- l'enquête périodique Sumer (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels), Dares, ministère du Travail (2017), réalisée auprès de 26 500 personnes en emploi représentatives de 23 millions de salariés des secteurs public et privé, à l'exclusion des travailleurs indépendants ;
- l'enquête périodique CT (Conditions de travail), Dares, ministère du Travail (2013), réalisée auprès de 34 000 personnes en emploi représentatives de 26 millions de salariés des secteurs public et privé, et des travailleurs indépendants ;

- l'enquête périodique Acemo-Covid (Activité et conditions d'emploi de la main-d'œuvre pendant la crise sanitaire Covid-19), Dares, ministère du Travail, réalisée lors de la première vague (1^{er} au 10 avril 2020) auprès de 38 000 établissements parmi les entreprises de 10 salariés ou plus, couvrant 15 millions de salariés du secteur privé ;

- l'enquête ponctuelle Coconel (Coronavirus et confinement, enquête longitudinale sur le logement et les conditions de vie), Ined, réalisée du 30 avril au 4 mai 2020 auprès de 2 003 personnes représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus ;

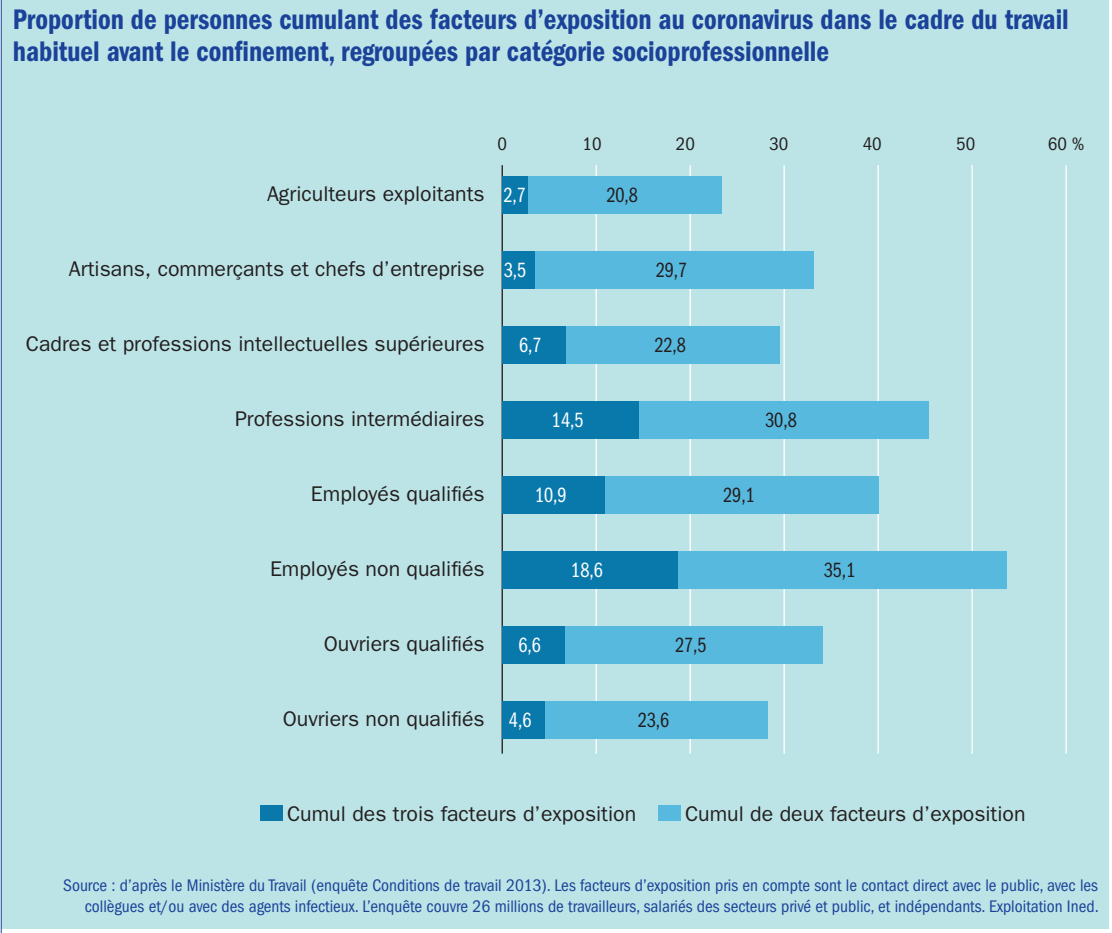
- l'enquête longitudinale EpiCoV (Épidémiologie et conditions de vie), Inserm, Drees, lancée début mai 2020 (première collecte du 2 mai au 2 juin 2020) auprès de 135 000 personnes âgées de 15 ans et plus représentatives de la population de France métropolitaine, de la Martinique, de la Guadeloupe et de La Réunion. Un test Elisa, couramment appelé test de séroprévalence, et indicatif non pas d'une infection en cours mais du développement de défenses immunitaires contre une

infection possiblement passée, a été réalisé sur un sous-échantillon de 12 000 personnes environ à partir d'un autoprélèvement effectué entre le 13 mai et le 1^{er} juillet 2020. Une deuxième vague d'enquête a eu lieu fin 2020.

À ces enquêtes en population « générale », il faut ajouter des dispositifs pérennes de surveillance des travailleurs agricoles (Coset-MSA) et des indépendants (Coset-Indépendants), mis en place par Santé publique France, dont les participants ont reçu des questionnaires relatifs aux changements survenus dans le travail dès la première phase de l'épidémie. Enfin, plusieurs cohortes basées sur des échantillons sélectionnés de population ont également recueilli des informations depuis le début de l'épidémie dans le cadre du projet Sapris (Santé, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise Covid-19). C'est le cas de la cohorte Constances, suivie par l'Inserm, qui comporte de riches informations sur les inégalités de parcours et d'expositions à des risques professionnels au cours de la vie. ●



figure 1



70 %) parmi les personnes potentiellement très exposées, appartenant aux familles professionnelles se situant dans le quartile inférieur des salaires (c'est-à-dire au plus 1 350 euros net par mois). C'est particulièrement le cas pour les aides à domicile et aides ménagères, les caissières et employées de libre-service, les vendeuses, les agents d'entretien et les assistantes maternelles ; mais aussi, dans les revenus intermédiaires, pour les aides-soignantes, les infirmières et les sages-femmes, les professions paramédicales, les professionnelles de l'action sociale et les employées de la banque et des assurances. Les femmes représentaient en revanche 40 % des personnes potentiellement très exposées dans le quartile supérieur des salaires (au moins 2 750 euros). Parmi les professions masculines, on relève les travailleurs agricoles et manutentionnaires (bas salaires), les chauffeurs-livreurs, ouvriers du BTP, agents de gardiennage et de sécurité, ouvriers des industries de process et autres catégories d'ouvriers qualifiés (salaires intermédiaires), et enfin les cadres commerciaux et technico-commerciaux et dirigeants d'entreprises (salaires élevés).

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

Une accentuation probable des inégalités durant le confinement (acte 1)

Les professions de santé et plus largement du soin à la personne, très féminisées, sont évidemment les plus fortement et durablement exposées au virus au cours de cette épidémie. Et davantage encore pendant le premier pic épidémique, donc durant le confinement même, souvent sans protection adéquate, alors que les horaires se faisaient plus longs pour faire face à l'afflux des patients atteints de formes graves et à la pénurie de main-d'œuvre. Ces professions ont été particulièrement touchées, comme le montre la première vague de l'enquête EpiCoV (lire p. 39). La proportion de résultats positifs au test de séroprévalence s'élevait en effet à 11,4 % parmi les professions essentielles du domaine du soin, contre 4,5 % dans l'échantillon global, à la fin mai [71].

De nombreuses autres activités ont été maintenues pendant le confinement, parce qu'elles participaient à des secteurs économiques considérés comme essentiels à la survie matérielle de la population. Or pour beaucoup, le travail ne pouvait être fait à distance.

À titre d'exemples, on peut citer : la production et la distribution d'eau, d'électricité, de médicaments, de denrées alimentaires et d'autres produits de première nécessité ; le ramassage et le traitement des déchets ; le nettoyage des entreprises et des espaces publics ; ou les fonctions régaliennes de l'État. Pour des raisons économiques, d'autres travailleurs n'ont eu d'autre choix que de poursuivre leur activité au contact du public, tels les travailleurs précaires dépendant des plateformes de services en ligne (coursiers, livreurs, chauffeurs VTC).

À l'inverse, dans les établissements touchés par une obligation de fermeture – restauration et hôtellerie, tourisme, culture et sport, commerces « non essentiels » de l'habillement, du livre, de la coiffure –, nombre de salariés ont bénéficié des mesures de chômage partiel, et pour les indépendants, des aides financières de l'État. Cette mise à l'écart temporaire de l'activité professionnelle, si elle a occasionné à court terme une perte inégale de revenus, et la fragilisation de l'emploi à moyen terme, autorisait le respect strict des mesures collectives de confinement. Cette mise à l'écart du virus a davantage concerné les ouvriers que les autres catégories socioprofessionnelles, selon l'enquête EpiCoV [2].

Les disparités les plus marquées se situent toutefois du côté de la possibilité d'exercer l'activité à distance, en télétravail. Ainsi, si près de 50 % des cadres ont pu bénéficier du télétravail total pendant le confinement, cette proportion tombait sans surprise à 7,5 % chez les employés peu qualifiés, et à moins de 1 % chez les ouvriers non qualifiés. À l'inverse, le travail en extérieur (hors de chez soi) était la modalité unique d'organisation du travail pour 41,4 % des employés peu qualifiés, et pour 15,4 % seulement des cadres [2].

De fortes disparités au sein même du travail exposé et du travail protégé

Face aux inégalités socioprofessionnelles d'accès au travail en distanciel et au chômage partiel, il faut garder en tête que ces catégories très larges (les catégories socioprofessionnelles) masquent elles-mêmes de fortes disparités. Ainsi, dans les abattoirs, qui ont poursuivi leur activité « sur site » et dont les salariés sont largement des ouvriers, le travail en milieu fermé, avec peu de distances entre collègues, favorise la transmission du virus, comme l'ont montré les différents *clusters* répertoriés en France et à l'étranger.

En outre, les entreprises ont eu beaucoup de difficultés à fournir les équipements de protection individuelle adéquats, et en particulier les masques, qui faisaient défaut même aux soignants pendant une bonne partie de ce premier pic épidémique. L'enquête flash de la Dares (voir l'encadré) indiquait ainsi qu'à la fin mars, plus de 40 % de salariés du privé n'avaient pas de masque. Dans un contexte d'état d'urgence limitant les possibilités d'intervention des comités sociaux et

économiques (CSE, successeurs des anciens CHSCT), on conçoit que d'autres formes d'inégalités soient intervenues, en fonction du pouvoir de négociation des salariés, de la possibilité d'exercer leur droit de retrait, voire de faire intervenir l'Inspection du travail ou d'avoir recours à la justice, lorsque l'obligation de sécurité n'était pas remplie par l'employeur. L'expérience parfois négative du travail « sur site » et du défaut des mesures de prévention a probablement été exacerbée dans les régions où la circulation du virus était active. De même que celle de devoir prendre les transports en commun pour aller travailler. Avec en toile de fond la peur de rapporter le virus à la maison et de contaminer ses proches, en particulier en cas de cohabitation avec une personne vulnérable, au sein des ménages intergénérationnels.

Enfin, notre propos mériterait d'être complété par une discussion des difficultés à exercer le travail à distance qu'éprouve une partie des salariés. D'abord du fait de l'éloignement physique de nos collègues et de certains de nos outils de travail, il redéfinit notre rapport au travail. Ensuite, selon les aménagements consentis par l'employeur, selon les conditions de logement (cohabitation avec d'autres télétravailleurs, possibilité de s'isoler) et les conditions de vie (présence d'enfants, répartition des tâches domestiques entre conjoints), il est de nature à bousculer l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle. Il peut nuire aux relations au sein de la famille, comme l'a montré l'enquête Coconel [45] (lire l'encadré p. 39).

Sur un tout autre plan encore, plus de la moitié des personnes qui sont passées au chômage partiel complet rapporte une dégradation de leur situation financière dans l'enquête EpiCoV [2]. Cette crise est bien aussi une crise du travail. Les effets de ces transformations contemporaines sur les inégalités de bien-être et de santé sont donc loin d'être épuisés par la seule question de l'exposition au risque de contracter la maladie.

Entre déconfinement à plusieurs vitesses et reconfinement partiel : une vision brouillée

S'il était déjà difficile de suivre les évolutions du travail et de ses conditions pendant le premier confinement, il est devenu impossible de saisir pleinement ce qui a changé depuis, et pour qui. Hormis quelques certitudes – la majorité des enseignants de maternelle, du primaire et du secondaire a exercé son activité à distance durant le confinement, mais est désormais de retour en classe – les mesures collectives décidées par l'État ont été à géométrie variable, dans leur contenu comme dans leur application. Non seulement d'une phase à l'autre du déconfinement, mais aussi d'un secteur d'activité à l'autre, et encore d'une entreprise à l'autre. En pleine nouvelle vague épidémique et alors que la France se reconfinait fin octobre 2020, le télétravail était réputé obligatoire pour « tous ceux qui avaient des tâches télétravaillables » ; une recommandation sans portée juridique contraignante pour



les employeurs. Ces derniers seraient d'ailleurs nombreux à proposer, parfois imposer, un mélange entre télétravail et présence sur site. Outre ces dispositions générales, les possibilités de se protéger pour les personnes dites « vulnérables » (en raison de leur âge ou de leurs pathologies) ont aussi changé. Au mois de juin 2020, on estimait que 2,8 millions de salariés seraient éligibles au dispositif d'activité partielle du fait de leur état de santé, majoritairement des employés et des ouvriers [42]. Or une révision du décret survenue fin août a considérablement réduit le champ des personnes vulnérables ; pour exemple, le diabète et l'obésité sont désormais pris en compte uniquement pour les plus de 65 ans, et les maladies respiratoires, les antécédents cardiaques et vasculaires sont exclus.

Bien entendu, l'inégal accès au travail protégé en temps de crise sanitaire n'explique pas à lui seul les disparités socioprofessionnelles de contamination à la Covid-19 parmi les adultes en âge de travailler, et au-delà. Il s'articule et se cumule avec d'autres formes d'inégalités, dans les conditions de logement et de vie [2], mais aussi face aux vulnérabilités de

santé et à l'accessibilité des soins. Ainsi, si les immigrés d'origine non européenne présentent la séroprévalence la plus élevée (9,4 % à la fin mai, plus de deux fois la séroprévalence chez les non-immigrés), ce désavantage semble s'expliquer par leurs conditions de logement et de vie, et sans doute dans une moindre mesure, par leur faible accès au télétravail, dans un contexte de recours plus fréquent au chômage technique ou partiel et de plus forte inactivité comparativement aux non-immigrés [2, 71]. Seules des informations détaillées sur le type de profession exercée permettront néanmoins de démêler le rôle des activités essentielles, plus fortement exposées. Cet exemple montre bien que pour saisir la place spécifique et centrale du travail, il nous faut réinscrire la division du travail exposé et du travail protégé dans les rapports sociaux de sexe, d'origine et de classe, qui structurent durablement notre société. Et donc, disposer de données de santé robustes et longitudinales articulant, sur le temps long, caractéristiques sociodémographiques – dont l'origine, encore trop difficile à documenter en France –, conditions de vie et conditions de travail. ●

La surmortalité durant la première vague de l'épidémie de Covid-19 en Île-de-France au regard des fragilités des territoires

Isabelle Grémy
Observatoire régional
de santé (ORS)
Île-de-France

Très rapidement après le début de la pandémie de Covid-19, de fortes inégalités sociales de diffusion du virus ont été mises en évidence. Ainsi différentes études ont montré que les quartiers défavorisés de Stockholm, en Suède, avaient connu trois fois plus de cas que la moyenne municipale, et qu'aux États-Unis l'épidémie semblait frapper de manière démesurée la population noire. En France, la Seine-Saint-Denis, département le plus pauvre de métropole, semblait particulièrement touché selon les chiffres provisoires fournis par l'Insee dès le début avril. Dans ce contexte, l'observatoire régional de santé d'Île de France a conduit une analyse détaillée dans la région Île-de-France de la surmortalité durant la première vague de l'épidémie à des niveaux géographiques fins, des communautés de communes et lorsque cela était possible à l'échelle communale. Cette surmortalité différentielle des territoires a ensuite été confrontée d'une part aux déterminants socio-économiques de ces mêmes territoires, et d'autre part aux catégories de populations résidant dans ces territoires les plus exposées au virus ainsi qu'à celles les plus suscep-

tibles de développer des formes graves de Covid-19. Ces travaux ont été publiés dans deux rapports¹, dont nous présentons ici les principaux résultats.

Éléments de méthode et sources utilisées

La mortalité a été étudiée sur les mois de mars et avril 2020 et a été mise en regard du nombre moyen de décès observés en mars et avril dans les communes et intercommunalités franciliennes entre 2015 et 2019, ce qui permet de disposer d'une référence plus stable que si l'on n'avait retenu qu'une seule année de comparaison. Il s'agit de l'ensemble des décès sans distinction de causes, les causes médicales de décès étant à ce moment indisponibles. Nous avons considéré les décès dits « domiciliés », c'est-à-dire comptabilisés au lieu de résidence et non au lieu de décès, ce dernier pouvant survenir dans un établissement hospitalier plus ou moins éloigné du lieu de résidence. Compte tenu des

1. « La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens ». 7 mai 2020. « La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les communes et intercommunalités franciliennes ». 30 juin 2020. <https://www.ors-idf.org/>

profils par âge différenciés entre les espaces franciliens et du fait que l'épidémie touche plus les personnes les plus âgées, les taux de mortalité ont été standardisés sur l'âge pour s'affranchir des différentiels de structure par âge entre territoires.

Une surmortalité particulièrement marquée dans certains territoires...

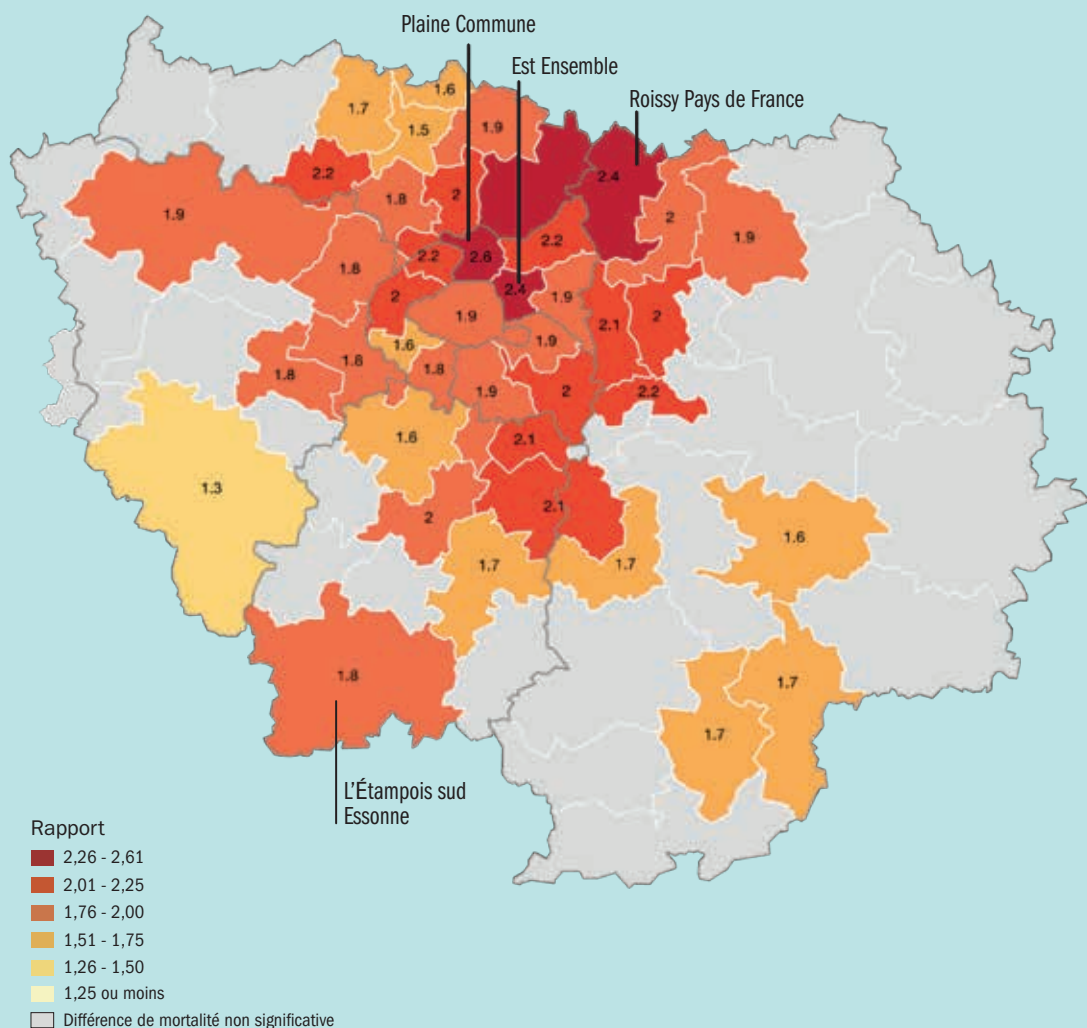
Dans la très grande majorité des communes et intercommunalités franciliennes, le nombre de décès comptabilisés en mars et avril 2020 a été supérieur à celui comptabilisé en moyenne à la même période entre 2015 et 2019.

Par rapport aux années précédentes, on constate une mortalité 2,6 fois supérieure sur l'intercommunalité Plaine Commune. Il en est de même dans certaines communes, par exemple celle de Savigny-le-Temple (centre-est de la Seine-et-Marne), où la mortalité a été multipliée par 4,3, celle de Grigny (Essonne), où la mortalité a été multipliée par 3,7 ou encore celle de Torcy (nord-est de la Seine-et-Marne), où la mortalité a été multipliée par 3,4.

La figure 1 présente la différence de mortalité observée entre 2020 et les années précédentes. Les zones en grisé sont celles qui ne présentent pas de surmortalité statistiquement significative (parfois du fait de trop

figure 1

Rapport entre les taux standardisés de mortalité de mars à avril 2020 et ceux calculés en moyenne annuelle sur la mortalité 2015-2019, par intercommunalité en Île-de-France



Source : ORS Île-de-France.



faibles effectifs) et les zones colorées en jaune, orange et rouge sont celles pour lesquelles la surmortalité est statistiquement significative.

Il en ressort qu'un certain nombre d'intercommunalités franciliennes n'ont pas connu de surmortalité ou n'ont connu qu'une surmortalité très modérée pendant cette période d'épidémie. Il s'agit principalement d'intercommunalités situées dans les secteurs les plus ruraux de la région. L'intercommunalité de l'Étampois-Sud-Essonnes semble se démarquer des autres intercommunalités des franges régionales par une surmortalité bien plus marquée (mortalité 1,8 fois supérieure au niveau annuel moyen de mortalité observé entre 2015 et 2019). Il en va de même, pour l'intercommunalité Carnelle-Pays-de-France, dans le Val-d'Oise, et pour les intercommunalités Pays-de-Meaux et Plaines-et-Monts-de-France, dans le nord de la Seine-et-Marne, qui ont connu en 2020 une mortalité 1,9 à 2 fois supérieure à celle observée en moyenne les années précédentes.

Face à cette surmortalité particulièrement marquée dans les communes et intercommunalités de la Seine-Saint-Denis, de l'est du Val-d'Oise et du nord des Hauts-de-Seine par comparaison aux autres territoires, nous allons maintenant présenter les caractéristiques différentielles des territoires en termes de facteurs sociodémographiques, urbains, sanitaires ou liés à l'emploi qui pourraient expliquer ces inégalités de mortalité. Sans visée analytique ou de mise en évidence de causalités à ce stade, il s'agit de mettre en exergue les disparités locales de certains facteurs potentiels de risques et de fragilité.

... qui concentrent des ménages plus nombreux et plus à l'étroit...

Vivre seul en situation de confinement est un facteur de risque psychosocial fort. Toutefois, vivre nombreux dans un logement peut exacerber les tensions et multiplier la probabilité de transmission du virus du fait de contacts rapprochés, surtout si certains actifs du ménage font partie des travailleurs qui ont poursuivi leur activité professionnelle hors de leur domicile pendant le confinement.

La Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise sont particulièrement concernés par les problématiques liées aux familles nombreuses : respectivement 12,3 % et 11,0 % des ménages y comptent cinq personnes ou plus, contre 4,1 % à Paris ou 6,4 % dans les Hauts-de-Seine notamment. Si on s'attache plus spécifiquement au nombre d'enfants des ménages, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise apparaissent particulièrement concernés, avec respectivement 8,5 % et 7,4 % des ménages comptant au moins trois enfants de moins de 18 ans, contre 5,6 % en moyenne en Île-de-France.

En volume, la surreprésentation en Seine-Saint-Denis des ménages comptant plus de trois enfants est encore plus nette : que l'on considère les ménages ayant au moins trois enfants mineurs ou ceux comptant au moins trois enfants de 11 ans ou moins, le département de

Seine-Saint-Denis est très largement concerné. Par exemple, on décompte près de 30 000 ménages comptant au moins trois enfants de 11 ans ou moins en Seine-Saint-Denis contre moins de 20 000 dans les autres départements.

L'exiguïté des logements est un autre facteur favorisant la transmission du virus. La Seine-Saint-Denis se démarque des autres départements franciliens avec un nombre de pièces et une surface disponible par habitant plus faibles, y compris par rapport à celles de Paris, département pourtant connu pour sa forte concentration de population due aux prix des logements parisiens.

Si l'on ne s'intéresse qu'aux seuls ménages avec des enfants mineurs, pour lesquels l'exiguïté d'un logement exacerbe les difficultés en période de confinement et les risques de transmission, ce constat est encore plus marqué, notamment en ce qui concerne la surface disponible par personne. Ainsi 25 % des ménages avec des enfants mineurs ont une surface disponible par personne inférieure ou égale à 14 m² en Seine-Saint-Denis, contre 17 ou 18 m² dans les autres départements. En volume, plus de 570 000 personnes vivent dans un ménage comptant moins d'une pièce par personne en Seine-Saint-Denis, contre autour de 470 000 à Paris et moins de 355 000 dans les autres départements.

Au niveau communal, et même infracommunal, ces disparités au sein de la région se confirment. Là encore, outre l'Est Parisien, ce sont principalement les communes de Seine-Saint-Denis, du nord des Hauts-de-Seine et du Sud Valdoisien qui sont particulièrement concernées par un nombre de pièces médian ou une surface moyenne par personne les plus faibles. D'autres éléments comme la densité urbaine, la structure urbaine (présence par exemple d'immeubles d'habitat collectif avec – on le suppose –, en sus de la suroccupation des logements, des parties communes largement fréquentées) ont été étudiés et montrent la fragilité de ces mêmes territoires.

...de nombreux travailleurs clés...

Pendant le confinement, plusieurs millions de travailleurs, appelés « travailleurs clés », ont vu leur emploi maintenu pour des raisons d'intérêt général et d'intérêt économique. Ces travailleurs, parce qu'ils se sont déplacés, beaucoup en transport en commun, mais aussi parce qu'ils sont restés au contact de différents publics, et pour les personnels soignants au contact des malades, ont en toute logique eu plus de probabilité d'être exposés au risque d'infection par la Covid-19.

Parmi ces travailleurs clés, il est intéressant de distinguer les personnes les plus exposées au risque de contamination. Si l'on retient ainsi les personnels de santé, les aides-soignants, les pharmaciens, les ambulanciers, les personnels de la Poste, des forces de l'ordre, des transports publics et des services funéraires,

les pompiers, les personnes travaillant dans la vente de produits alimentaires, les livreurs, les buralistes et les agents de nettoyage, on comptabilise, d'après le recensement de 2016, près de 500 600 travailleurs clés exposés au risque de contamination en Île-de-France, soit 9 % des actifs franciliens. Cette proportion monte à 12 % en Seine-Saint-Denis.

Parmi ces travailleurs clés, il est également intéressant de distinguer les actifs qui sont confrontés à une exposition que l'on pourrait qualifier de « délibérée » des autres². Parmi les actifs dont l'exposition peut être qualifiée de délibérée, on peut compter notamment les agents hospitaliers et les personnels funéraires. Si les médecins hospitaliers résident principalement à Paris, les agents hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers sont particulièrement représentés en Seine-Saint-Denis.

Parmi les actifs dont l'exposition peut être qualifiée de « non délibérée », on peut compter notamment les artisans ou salariés des commerces alimentaires ou des bureaux de tabac, les agents de nettoyage, les facteurs ou les livreurs. Encore une fois, les habitants de Seine-Saint-Denis sont surreprésentés parmi les actifs relevant de ces professions. Par exemple, 25,2 % des agents de nettoyage habitent en Seine-Saint-Denis, contre 14,4 % à Paris et moins de 11,5 % dans les autres départements.

Ces actifs sont par ailleurs d'autant plus exposés qu'ils ont à effectuer des déplacements importants pour se rendre sur leur lieu de travail. Ainsi, 50,6 % des « travailleurs clés » habitant en Seine-Saint-Denis changent de département pour aller travailler, alors qu'ils ne sont 37,0 % en moyenne en Île-de-France.

...et une population à l'état de santé général dégradé

Reflétant en grande partie les disparités sociospatiales franciliennes, l'état de santé général des populations diffère sensiblement d'un territoire à l'autre. Par exemple, on compte, en proportion, plus de personnes, notamment de personnes âgées de plus de 65 ans, traitées pour diabète en Seine-Saint-Denis (25,3 %) et dans le Val-d'Oise (21,1 %) que dans les autres départements franciliens (moins de 19,5 %). Il en va de même des personnes prises en charge pour maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose), avec une population seine-et-marnaise également concernée (11 % à 12 % dans ces trois départements, contre moins de 10 % ailleurs).

2. Exposition délibérée : professionnels exposés au risque de contamination du virus du fait de la nature de leur activité habituelle (par exemple les professionnels de santé et de secours).

Exposition non délibérée : travailleurs exposés à un risque potentiel quand bien même l'activité de leur entreprise n'impliquerait pas normalement d'exposition à des agents biologiques. Cette situation concerne notamment les travailleurs de l'aide à domicile ou des services à la personne, dès lors que leurs tâches impliquent des contacts de moins d'un mètre avec des personnes potentiellement contaminées (toilette, habillage, nourriture). Elle concerne également les personnes travaillant dans les commerces alimentaires.

À un niveau infradépartemental, les territoires de Seine-Saint-Denis, et plus particulièrement le territoire de Seine-Saint-Denis Nord, ainsi que le Val-d'Oise Est connaissent des situations particulièrement défavorables en ce qui concerne le diabète (nombre de personnes en ALD) (figure 2) et les pathologies de l'appareil respiratoire (nombre de personnes en ALD et mortalité). À noter également le contraste d'état de santé entre les différents arrondissements parisiens, avec une situation particulièrement défavorable dans le nord-est et l'est de Paris alors que l'ouest présente une meilleure situation.

Ces différences de santé se répercutent sur la mortalité. Ainsi, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, on observe des situations de surmortalité prématurée (avant 65 ans), notamment dans les communes de l'ouest de la Seine-Saint-Denis, du nord de Paris et des Hauts-de-Seine ou du sud-est du Val-d'Oise.

Conclusion

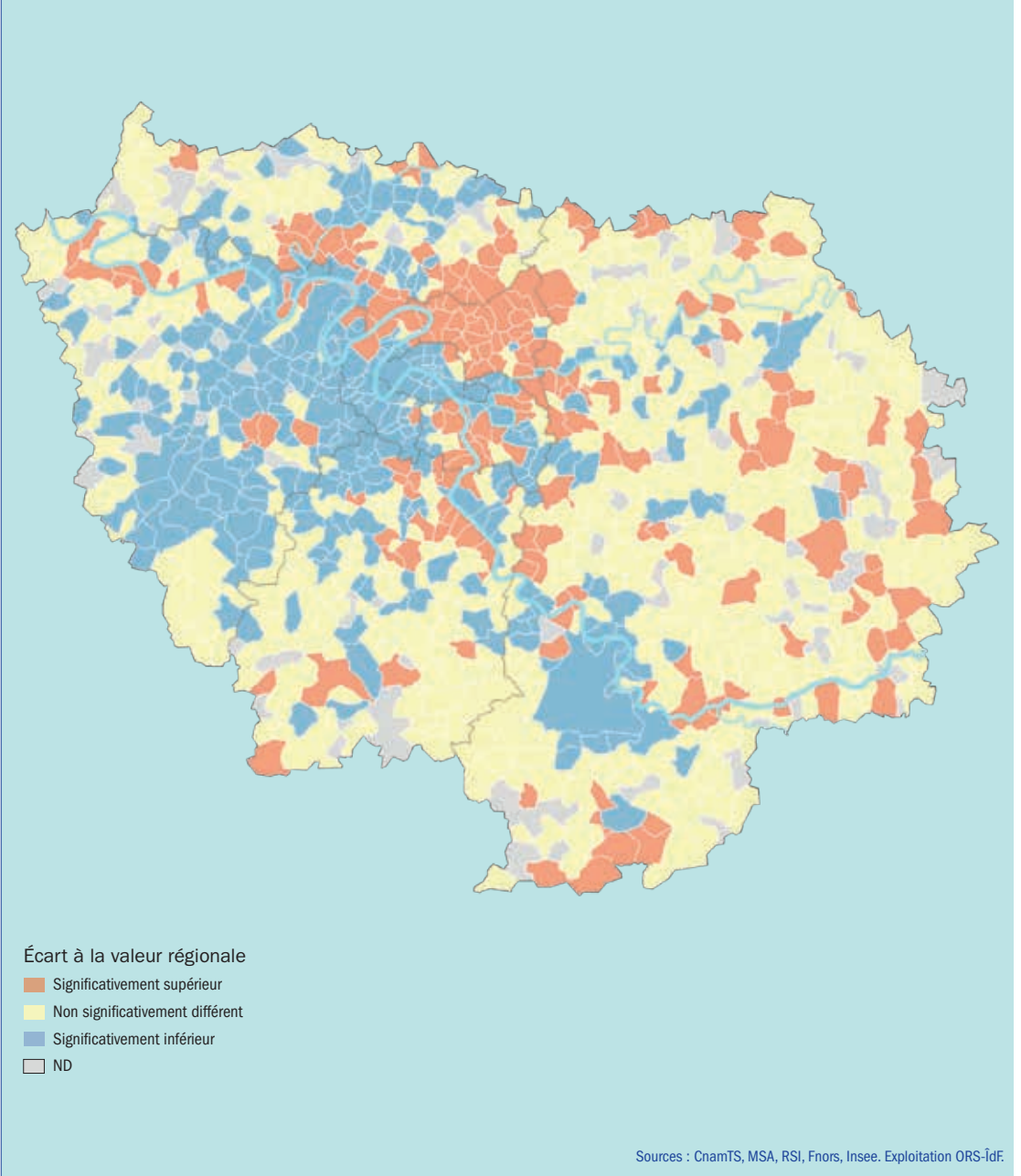
Notre approche écologique ne permet pas de conclure formellement à une relation causale entre territoires défavorisés et mortalité par Covid-19. Mais on ne peut que constater l'étroite correspondance de la carte de surmortalité par Covid-19 des mois de mars et avril 2020 avec :

- la démographie des territoires. Rappelons que le travail a été réalisé sur des taux standardisés. La mortalité par Covid-19 croissant rapidement avec l'âge, il était indispensable de réaliser les analyses à structure d'âge égale. Or ce sont les territoires les plus jeunes présentant des structures familiales particulières (familles nombreuses avec des jeunes enfants chez qui le respect des gestes barrières est difficile à mettre en œuvre) qui présentent les taux de mortalité les plus élevés ;
- des territoires montrant des conditions de logement défavorables. Les logements exigus et suroccupés sont propices à la transmission du virus. Ce type de logements favorise les contacts humains multiples, encore plus en période de confinement ;
- la présence plus importante dans ces territoires des travailleurs clés et essentiels, qui ont assuré la continuité du fonctionnement minimal de la Nation. Parce qu'ils ont été davantage en contact avec les populations ou avec les malades pour les personnels soignants, ils n'ont pas pu, contrairement au reste de la population confinée à domicile, réduire le nombre de leurs contacts, et ont davantage été exposés aux risques d'infection par la Covid-19 ;
- une proportion de travailleurs clés, plus importante qu'ailleurs, qui pour assurer leurs tâches essentielles ont davantage dû se déplacer et se sont trouvés exposés dans les transports en commun ;
- une population dont l'état de santé initial était déjà largement marqué par les inégalités sociales de santé (espérance de vie et espérance de vie sans



figure 2

Indice comparatif de personnes en ALD diabète par commune en 2017



incapacités plus faibles), proportion plus importante de personnes souffrant de maladies chroniques, comme le diabète ou les pathologies de l'appareil respiratoire, dont on sait qu'elles font le lit des formes graves de la Covid-19.

Pour résumer, les populations issues de ces territoires ont davantage de risque d'être exposées au virus, d'être infectées par le virus et de contracter des formes graves de la maladie.

Sans doute, la réalité des inégalités face à la Covid-19 est plus complexe que les quelques éléments cités ici, que ce soit par la diversité des populations touchées, par des inégalités de genre, par des appropriations plus difficiles pour certaines populations de la prévention, ou par des différences dans l'accès aux soins. Mais il est clair que la Covid-19 agit comme un démultiplicateur des inégalités sociales de santé. C'est d'ailleurs le constat de nombreuses études étrangères et françaises. ●

Inégalités sociales de santé à l'heure de la Covid-19 : le cas particulier des enfants

Lors de la crise sanitaire de la Covid-19, les enfants ont été pour l'essentiel à l'écart des aspects infectieux de cette épidémie. Le SARS-Cov2 semble a priori les épargner et ne les atteindre qu'exceptionnellement sous une forme grave. Les enfants semblent présenter des formes pauci-symptomatiques, voire asymptomatiques de l'infection par la Covid-19, et, de façon rarissime, des formes graves (1 % environ chez les 0-15 ans).

Mais les effets d'une pandémie telle que la Covid-19 doivent retenir l'attention au-delà des aspects infectieux, sur un large spectre d'effets pathologiques liés pour les uns au contexte épidémique et pour les autres aux mesures de prévention¹. Au-delà de leur protection vis-à-vis de l'agent infectieux, les enfants sont exposés de façon indirecte à de nombreux problèmes de santé, souvent de façon socialement différenciée. En effet, une crise sanitaire de cette ampleur a un retentissement économique majeur avec pour conséquences d'aggraver la pauvreté d'un certain nombre de familles et donc d'enfants. Analyser le retentissement d'une crise sanitaire sur les enfants suppose d'analyser d'une part le retentissement sur leurs familles et d'autre part le retentissement propre sur les enfants en tant que personnes².

L'impact de l'épidémie sur les familles

Le mode de vie quotidien de la quasi-totalité des enfants et de leur famille s'est trouvé radicalement modifié, avec de probables effets psychologiques et relationnels. L'inquiétude de la contagion, partagée avec les adultes, relayée par tous les médias d'information, a pu se décliner diversement : crainte d'être infecté soi-même, crainte de l'autre comme vecteur potentiel, crainte d'être vecteur pour un proche fragile ou encore désorganisations familiales en cas d'hospitalisation d'un parent ou éventuellement par un deuil.

La crise a exposé les enfants qui vivent dans les familles les moins favorisées à des conditions de vie et des expériences difficiles, que ce soit par l'aggravation de la pauvreté suite à la maladie, à une perte d'emploi, ou par une insécurité alimentaire accrue. Parmi les perdants en termes de revenus, on trouve d'abord les salariés en chômage partiel, soit dix millions de personnes ; il y a aussi les salariés en intérim, en fin de contrat, notamment les CDD de moins d'un mois

qui se retrouvent au chômage : 175 000 personnes selon l'OFCE (OFCE, 2020). En outre, plus d'un million de non-salariés seraient concernés par la perte de revenus informels.

La plus grande fréquence et gravité de la maladie dans les milieux populaires et dans les populations les plus démunies a été montrée au niveau géographique (renvoyer au Papier d'Isabelle Grémy), liées notamment à l'exposition des travailleurs dans l'impossibilité de travailler à distance (Renvoyer au Papier d'Emilie) ou encore à la répartition sociale des facteurs de risque (obésité, diabète). Pour les enfants, le risque de subir l'ensemble de ces effets est majeur. Ce choc a probablement été amorti, mais insuffisamment, par des mesures de protection de la chute des revenus telles que le chômage partiel, des aides financières notamment aux familles avec enfants ou encore des possibilités de congé maladie. Cependant, les pertes d'emplois, les faillites d'entreprises, la chute des revenus liée au chômage ou à la réduction des heures travaillées risquent d'affecter considérablement le niveau de vie des familles et donc des enfants, à moyen et long termes. Les familles monoparentales ont été probablement touchées fortement puisque ces familles faisaient déjà partie des plus pauvres avant la crise.

Le logement dans cette crise s'est aussi avéré un élément clé de renforcement des inégalités sociales de santé dans la mesure où il a favorisé la diffusion de l'infection et accru les difficultés du confinement. Parmi les 20 % de familles les plus pauvres, le surpeuplement concerne 39 % des couples avec enfants entre 2006 et 2013 ; 28 % des familles monoparentales sont touchées. Les conséquences nombreuses et majeures de ce mal-logement sur la socialisation, la santé mentale et les difficultés de scolarisation ont été soulignées, de même que pour les enfants dont la famille ne dispose que d'hébergements provisoires (hôtels, foyers). Par ailleurs, compte tenu de la fermeture des écoles, collèges et lycées, et des lieux d'accueil des tout-petits, les adultes ont dû remplir une fonction pédagogique auprès de leurs enfants à laquelle aucun n'était préparé, et cela a été à l'origine d'inégalités scolaires renforcées.

Les impacts directs sur la santé des enfants

Le confinement lié à l'épidémie a entraîné d'importants bouleversements dans la vie des enfants, notamment l'absence des routines habituelles sociales, scolaires, de loisirs, et des activités partagées au sein des ménages entre adultes et enfants ou entre frères et sœurs. Le

Thierry Lang
Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles
pour le groupe de travail permanent Inégalités sociales de santé du HCSP : Yannick Aujard, Isabelle Claudet, Alice Desbiolles, Laure Com-Ruelle, Anne-Lise Tilly, Hélène Vandewalle

1. « Épidémie de Covid-19, confinement et santé des enfants ». HCSP, 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=860>

2. « Gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur ». HCSP, 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=896>



confinement a entraîné également des ruptures de liens sociaux, évoquées plus haut. L'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, la dépression, les conduites suicidaires, ou encore les conduites addictives sont des effets décrits du confinement, notamment chez les adolescents, même si les mécanismes d'émergence de ces troubles devraient être étudiés. Les inégalités sociales de santé mentale sont largement documentées, notamment dans la population adulte. Il est nécessaire que les futures études prennent en compte le contexte social, économique et culturel dans lequel les enfants vivent. Les conséquences du confinement pour le développement et la santé des enfants portent sur le ralentissement des apprentissages et de la formation, sur des difficultés psychologiques et de santé mentale ou encore des troubles du sommeil. Les enfants ont pu ressentir de l'isolement et un sentiment de solitude durant cette période, notamment ceux qui vivaient seulement avec des adultes. Dans l'état nous ne disposons pas d'observations ou de données attestant que ces ruptures de liens avec les autres ont été différentes selon le milieu social des familles où vivent les enfants. Enfin, des situations très particulières ont pu être vécues par les enfants qui ne vivent pas en famille (foyers, communautés...) avec des adultes référents différents, mais cela n'est pas documenté pour l'instant.

L'insécurité alimentaire s'est trouvée amplifiée dans cette période de confinement en raison du nonaccès à la restauration scolaire ou universitaire. Pour certains enfants, le repas de la cantine constitue l'apport nutritionnel principal de la journée. En plus de ce repas non assuré, il se trouve que les familles les plus démunies, quel que soit le type de territoire où elles vivent, se sont trouvées en difficulté pour l'achat des biens alimentaires, renforçant ainsi le déséquilibre nutritionnel des enfants dans ces foyers pauvres. En particulier au début du confinement, les associations ont été immobilisées et n'ont plus assuré l'aide qu'elles apportaient avant.

Sur la sédentarité ou l'exposition aux écrans, une augmentation forte de la sédentarité (temps passé dans la même position physique), une réduction forte de l'activité physique (marche, course, sport) et une appétence accrue pour les écrans sont des hypothèses vraisemblables, à confirmer. Toutes ces évolutions vont dans un sens défavorable pour l'état de santé de la population des moins de 18 ans. La réversibilité de ces changements de comportements à moyen et long termes est une question qu'il importe de suivre, de même que l'impact de cette crise sanitaire sur l'initiation et l'usage du tabac, la consommation d'alcool et de drogues illicites, notamment pour les adolescents.

En période d'épidémie de Covid-19, l'habitat a été plus dangereux que le virus pour les enfants. Confinés à leur domicile, les enfants étaient logiquement plus exposés à cet environnement et moins aux autres situations

accentogènes comme le sport, les loisirs, la circulation, ou encore l'enceinte de l'école. De manière générale, les déterminants sociaux – pauvreté, logements précaires, faible niveau scolaire de la mère, etc. – représentent des facteurs de vulnérabilité aux accidents domestiques d'enfants.

En ce qui concerne les violences à l'égard des enfants, les facteurs de risque habituellement retrouvés sont les violences conjugales, l'abus et dépendance de substances par les adultes, la pauvreté et la marginalité sociale des familles. La fermeture des écoles dans les situations de catastrophes intervient alors comme un élément qui augmente le risque de violence sur enfants. À l'inverse, pour certaines situations, le confinement a pu avoir un effet bénéfique, en permettant le maintien d'un enfant dans une même famille d'accueil sur plusieurs semaines, offrant un point d'ancrage et de stabilité, à distance d'un parent violent.

L'accès aux soins hospitaliers et ambulatoires, soins curatifs et de prévention

Pendant le confinement et dans la période de déconfinement progressif, le fonctionnement des services médicaux a été fortement perturbé. De fait, ces perturbations ont concerné tous les aspects de la santé et ont modifié les pratiques et les traitements reçus avant la crise sanitaire par les enfants, qu'ils soient en situation de handicaps, moteurs ou neurologiques, de déficiences cognitives, atteints de maladies chroniques, ou qu'ils requièrent une attention particulière au titre de la protection de l'enfance. Tout laisse penser que les inégalités sociales d'accès aux soins se sont amplifiées dans cette période, marquée par des ruptures dans les traitements, dans les soins de prise en charge, de réadaptation ou d'accompagnement. Une étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS atteste de la diminution de consommation des vaccins au cours des premières semaines du confinement : entre – 15 % et – 78 % sur les semaines 12 à 16, du 16 février au 19 mars 2020. Il est probable que l'organisation départementale de la PMI ait conduit à des services différents selon les populations desservies et les zones plus ou moins touchées par la contagion.

La fermeture des écoles

Parmi les retentissements qui ont eu un impact sur les inégalités sociales de santé pour les enfants, la fermeture des écoles, malgré les efforts de nombreux enseignants pour prolonger les études dans le milieu familial et installer un suivi à distance, a été source de grandes difficultés pour les enfants les plus mal logés, dans des familles aux faibles ressources matérielles et culturelles, et a favorisé un décrochage scolaire. Du CP à la 6^e, la Covid-19 et le confinement ont accru les inégalités scolaires. Les évaluations de septembre 2020 montrent que les écarts se sont creusés entre les enfants scolarisés dans l'éducation prioritaire et les

autres³. Ces inégalités scolaires font le lit d'une hausse des inégalités sociales de santé dans le futur. Pour de nombreux enfants, la cantine scolaire est un apport particulier dans leur alimentation, qui a été interrompu par le confinement, même si de nombreuses mairies ont pallié cette rupture. Le confinement a favorisé la réduction de l'activité physique, le développement de la sédentarité et une utilisation accrue des écrans. La médecine scolaire s'est vue interrompue dans ses missions en même temps que les établissements étaient fermés, et avec elle la mise en œuvre du parcours éducatif de santé.

Conclusion

Si le dimensionnement de l'offre de soins urgents et graves ne s'est pas posé pour les enfants pendant cette crise, la préoccupation demeure pour d'autres crises sanitaires ou pics saisonniers comme celui

3. Dans Le Monde du 10 novembre 2020, Mattea Battaglia écrit : « Du CP à la 6^e, le Covid-19 et le confinement ont accru les inégalités scolaires. Les évaluations de septembre montrent que les écarts se sont creusés entre les enfants scolarisés dans l'éducation prioritaire et les autres. »

des bronchiolites, dont les taux d'admission semblent plus élevés dans les catégories les plus défavorisées socialement. Les données sur les migrants et les enfants de migrants et de réfugiés font défaut mais cette population est probablement particulièrement impactée par la crise sanitaire. Cela donne à penser que les différences sociales d'impact déjà observées sont probablement sous-estimées. Le rôle joué par les différences territoriales de disponibilité des services de santé et d'accès aux soins devra être analysé et précisé. L'impact de cette crise sanitaire sur l'amplitude des inégalités sociales de santé et de soins dans la population des enfants sera difficile à mesurer compte tenu des limites du dispositif statistique et de l'insuffisance des recherches consacrées aux enfants, particulièrement sur le rôle de leur environnement social [47]. Même si les données des cohortes Epipage et Elfe, du dispositif de recherche Sapris, permettront d'en préciser certains aspects (renvoi à l'article de Delpierre) pour la génération 2011, le manque de données sur la santé des enfants ne doit pas masquer l'ampleur de cette crise sanitaire sur eux et les inégalités qu'elle a renforcées. ●

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.



Le recours aux soins des populations pauvres en France

Que savons-nous de l'efficacité des programmes d'accès gratuits à une couverture santé?

Les dispositifs de CMU-C et d'AME permettent aux populations pauvres d'accéder aux soins. Encore faut-il que les personnes éligibles puissent en bénéficier.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

Benoît Carré
Université Paris Dauphine-PSL,
Laboratoire d'économie de Dauphine (LEDA), Cnam

Florence Jusot
Université Paris Dauphine-PSL,
Laboratoire d'économie de Dauphine (LEDA), Irdes

Antoine Marsaudon
Irdes

Jérôme Wittwer
Université de Bordeaux, Bordeaux
Population Health

Le système de financement des soins repose en France sur deux piliers, l'assurance maladie obligatoire et la couverture complémentaire santé. L'absence de couverture par l'assurance maladie et/ou par une assurance complémentaire expose à un risque financier et par là même à un risque de renoncement aux soins. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C¹) et l'aide médicale de l'État (AME) sont les deux dispositifs institués en 2000 qui permettent aux populations les plus pauvres de pouvoir accéder gratuitement à une couverture santé qui couvre l'ensemble du panier de soins. La CMU-C est un programme de couverture complémentaire pour les résidents en situation régulière couverts par l'assurance maladie obligatoire, et l'AME est un programme de couverture santé pour les résidents étrangers en situation irrégulière sans assurance maladie. Les conditions d'accès à ces deux dispositifs sont les mêmes : résider sur le territoire français de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et avoir des ressources financières faibles (moins de 746 euros par mois pour une personne seule en métropole). Ces dispositifs couvrent intégralement, pour une durée d'un an renouvelable, les consommations d'un panier qui inclut les soins de maladie (médicaments et consultations médicales quel que soit le lieu de soins), de maternité et le forfait hospitalier².

1. Depuis novembre 2019, la CMU-C et l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) sont regroupées sous le nom de Complémentaire santé solidaire.

2. À cela s'ajoutent les cures thermales, l'aide médicale à la procréation et les médicaments à service médical rendu faible pour les bénéficiaires de la CMU-C, mais qui ne sont pas pris en charge par l'AME, ainsi que les soins dentaires et d'optique.

Ces deux dispositifs devraient donc théoriquement permettre aux plus pauvres d'accéder à l'ensemble des soins requis par leur état de santé. Atteindre cet objectif est évidemment souhaitable pour des raisons éthiques de respect de la dignité humaine, et pour des raisons d'équité, la santé pouvant être vue comme un droit essentiel devant être garanti à tous. Mais il l'est aussi pour des raisons d'efficacité du système de santé. En effet le non-recours aux soins pour raisons financières peut induire une dégradation de l'état de santé, et ainsi générer des dépenses de santé évitables.

On peut cependant s'interroger sur l'efficacité réelle de ces dispositifs. Quel est leur impact réel sur le recours aux soins ? Permettent-ils aux plus pauvres d'atteindre le niveau de recours aux soins des autres assurés sociaux ? L'ensemble des personnes éligibles à ces dispositifs y ont-elles recours ?

Concernant le recours aux soins, les éléments de la littérature à notre disposition vont tous dans le même sens : la CMU-C et l'AME favorisent l'accès aux soins des populations pauvres qui en bénéficient. Ces programmes sont de ce point de vue un succès indéniable. La question est celle du non-recours à ces dispositifs, qui demeure importante et obère leur efficacité.

CMU-C et AME : piliers de l'accès aux soins pour les personnes vulnérables...

Interroger les effets de la CMU-C et de l'AME sur la consommation effective de soins est difficile à entreprendre principalement par manque de données. La plupart

des enquêtes réalisées en population générale ne recueillent pas suffisamment d'observations sur les personnes éligibles à la CMU-C, et les personnes sans titre de séjour en sont tout simplement exclues. Les données médico-administratives sont utiles pour mesurer la consommation de soins, mais n'apportent que très peu d'information sur les caractéristiques socio-économiques des individus et se concentrent sur les bénéficiaires de ces programmes. À cela s'ajoute la difficulté de mettre à jour un effet causal de la couverture par ces programmes sur la consommation de soins : est-ce la couverture santé offerte par ces programmes qui favorise le recours aux soins ? ou est-ce que ce sont les personnes qui recourent aux soins, pour raison de santé ou d'autres raisons, qui accèdent à ces programmes ?

Plusieurs travaux ont mis en évidence un double effet positif de la CMU-C : l'un portant sur l'augmentation de la consommation de soins (notamment de médicaments et de recours au médecin généraliste), et l'autre sur la réduction du renoncement aux soins de santé pour raisons financières. Ainsi la CMU-C permet de réduire les disparités de consommation liées au niveau de revenu, en élevant la consommation de soins de ses bénéficiaires au même niveau que celui des assurés privés [38]. Des stratégies empiriques ont permis en outre de démontrer un effet causal positif de la CMU-C sur le recours aux soins, une fois éliminé l'ensemble des facteurs inobservés pouvant à la fois expliquer le recours à la CMU-C et le recours aux soins, et en particulier les problèmes de santé [38]. Enfin, l'hypothèse selon laquelle les individus consommeraient plus de soins sur le court terme pour compenser leurs non-recours passés ne semble pas vérifiée empiriquement. Carré *et al.* [18] montrent ainsi que l'accès au bénéfice de la CMU-C se traduit par une augmentation de la consommation de soins stable et permanente dans le temps.

S'agissant de l'AME, les rares sources d'informations produites dans les rapports de Médecins du monde³ et de la Drees portent davantage sur l'état de santé des bénéficiaires que sur son effet sur la consommation de soins. L'étude de Marsaudon *et al.*, qui porte spécifiquement sur le lien entre AME et recours aux soins, montre que ses bénéficiaires ont une plus grande probabilité de consulter un médecin. Les auteurs indiquent également

que les bénéficiaires de l'AME vont davantage consulter un médecin dans un lieu de soin « courant » (i. e. un cabinet médical ou un centre de santé) plutôt que dans un établissement spécialisé pour les étrangers sans titre de séjour (comme peuvent l'être certaines associations ou les permanences d'accès aux soins). Par ailleurs, avoir l'AME permet aussi d'améliorer le recours aux soins préventifs puisque ses bénéficiaires ont une plus grande probabilité d'être vaccinés, d'avoir réalisé une radiographie des poumons et d'avoir fait un test de dépistage du VIH/sida ou des hépatites.

Ces différents résultats sur la CMU-C et l'AME montrent sans ambiguïté que ces dispositifs améliorent très sensiblement le recours aux soins des populations pauvres en France.

... malgré des inégalités d'accès à ces dispositifs

Si le recours à la CMU-C et à l'AME permet d'augmenter la consommation de soins, tous les éligibles à ces dispositifs ne sont en fait pas couverts. En effet, le non-recours à l'AME est estimé à 49 % et le non-recours à la CMU-C est estimé entre 35 % et 45 %⁴.

Les facteurs identifiés par la littérature expliquant le non-recours à la CMU-C et à l'AME sont relativement similaires. Un premier facteur relève du manque d'information sur l'existence des dispositifs, sur les conditions d'éligibilité ou sur les démarches à entreprendre pour les obtenir. Les personnes qui ont accès à ces informations peuvent néanmoins renoncer à adhérer à ces dispositifs par découragement devant la complexité des démarches ou par l'impossibilité à fournir des justificatifs nécessaires pour faire valoir leurs droits. Ce peut être le cas de la durée de séjour sur le territoire français pour les demandeurs de l'AME et pour le niveau de revenu pour les demandeurs de la CMU-C. Les personnes éligibles, qu'elles aient ou non des besoins de soins, peuvent également renoncer à leur droit par choix. Elles peuvent juger que le bénéfice apporté par la couverture santé est trop faible par rapport aux coûts pour l'obtenir. Le non-recours peut aussi être expliqué par peur d'une stigmatisation, de la charge négative de l'étiquette sociale de ces deux dispositifs, par le refus d'être encore une fois aidé, ou encore par la peur de subir des refus de soins [20, 28, 43, 72].

Enfin d'autres facteurs propres à chaque dispositif peuvent être mentionnés : le refus de résilier une assurance privée pour les personnes éligibles à la CMU-C ou la crainte d'être dénoncées ou expulsées pour les personnes éligibles à l'AME [20, 43].

Conclusion

La CMU-C et l'AME ont largement contribué à la généralisation de la couverture santé aux populations les plus vulnérables. En leur permettant d'accéder à des soins gratuits, elles jouent un rôle majeur dans la réduction des inégalités d'accès aux soins et des inégalités sociales de santé. Néanmoins, même après vingt ans de mise œuvre, une part importante des personnes éligibles à ces dispositifs ne font pas usage de leurs droits. Plusieurs pistes peuvent être proposées pour tenter de réduire ces inégalités d'accès à ces dispositifs. Une première, pour les personnes éligibles à la CMU-C, serait l'adhésion (et le renouvellement) automatique à la Complémentaire santé solidaire des personnes bénéficiaires de minimas sociaux sous le seuil d'éligibilité⁵. La suppression des tickets modérateurs et l'instauration de ce qu'il est d'usage d'appeler « la grande sécu » est une autre voie, plus radicale. Une seconde piste, qui pourrait bénéficier tant aux personnes éligibles à la CMU-C que celles éligibles à l'AME, serait la décentralisation de la lutte contre le renoncement aux soins. Les plateformes départementales de la Mission accompagnement santé (MAS)⁶ en sont un exemple récent. Leur but est d'identifier les personnes en situation de renoncement, de leur proposer des solutions personnalisées et de les accompagner jusqu'à ce que les soins nécessaires soient réalisés. Ce faisant, elles introduisent une nouvelle approche dans l'amélioration de l'accès aux soins en allant au-devant des personnes qui ne recourent pas à leur droit. De premiers résultats, fournis par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odénore), montrent des effets positifs du programme [66]. Bien qu'encourageants, ces résultats doivent encore être complétés par d'autres analyses afin de statuer sur l'efficacité de ces plateformes. ●

3. « Rapport de l'accès aux droits et l'accès aux soins en France ». Médecins du monde, 2015.

4. Ce non-recours est un résultat fréquemment retrouvé dans la littérature internationale portant sur l'accès aux dispositifs sociaux.

5. Depuis le premier avril 2019 le renouvellement de la CMU-C est automatisé pour les bénéficiaires du RSA.

6. Anciennement appelée Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass).



De nombreuses données montrent le rôle important des conditions de travail et des itinéraires professionnels – chômage, précarité... – sur les inégalités sociales de santé. Pourtant ces données ne sont que très peu prises en compte dans les politiques.

Thomas Coutrot
Économiste et statisticien

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

Le travail : un point aveugle des inégalités sociales de santé

Pour justifier la priorité accordée à la réduction des inégalités sociales de santé, la stratégie nationale de santé 2018-2022 (SNS) rappelle d'emblée qu'il existe « un différentiel d'espérance de vie à 35 ans de 6,4 ans en moyenne entre les ouvriers et les cadres supérieurs masculins, et de 3,2 ans en moyenne entre les ouvriers et les cadres supérieurs féminins ». Le texte affirme ensuite que « chacun des objectifs de la stratégie nationale de santé vise à la réduction de l'ensemble des inégalités en matière de santé ». Toutefois le mot « ouvrier », employé deux fois dans les premières lignes, n'apparaît plus qu'une seule fois dans les cent autres pages du texte.

Dans un premier temps, nous montrerons que les autorités sanitaires françaises et européennes ne voient pas de rapport entre travail et inégalités sociales de santé. Dans un second temps, nous évoquerons quelques raisons pour lesquelles c'est tout à fait regrettable, avant de nous interroger, en conclusion, sur les raisons possibles de cette cécité et les moyens d'en sortir.

Des politiques de santé publique aveugles au travail

On ne peut pourtant pas dire que l'importance des conditions de travail soit totalement ignorée par la SNS : quatre pages (56-59) et trois actions prioritaires sont dédiées à la prévention des risques professionnels dans le secteur de la santé pour « prendre soin de ceux qui soignent », préserver la qualité des soins et l'attractivité des métiers. C'est important au vu des conditions de travail très dégradées de ces métiers, mais cela ne concerne pas directement la question des inégalités sociales

de santé. Pour le reste, sur plus de cinquante actions prioritaires, une seule concerne les risques professionnels : « promouvoir la santé au travail, développer une culture de prévention dans les milieux professionnels et réduire la fréquence et la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail ».

La place de cette priorité dans le document est révélatrice de sa logique globale : elle figure dans la première partie, « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ». Or c'est la deuxième partie de la SNS qui traite des inégalités, appréhendées sous le seul prisme des « inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ». Autrement dit, la prévention est comme exonérée de l'ambition de lutte contre les inégalités, qui repose tout entière sur le système de soins.

Le texte porte un diagnostic court mais précis sur la santé au travail : « Le travail exercé dans de bonnes conditions contribue au maintien d'un bon état de santé. Pourtant, en 2012, les régimes général et agricole ont reconnu plus de 56 000 nouveaux cas de maladies professionnelles, dont 87 % de troubles musculosquelettiques et 8 % d'affections causées par l'amiante. En 2010, 2,2 millions de salariés sont exposés à au moins un produit chimique cancérigène. Les facteurs de stress sont également en cause. Aujourd'hui, 61 % des actifs occupés sont exposés à trois facteurs de risques psychosociaux au moins, les employés et les ouvriers étant les plus exposés. Ces expositions peuvent générer des maladies cardiovasculaires, des problèmes de santé mentale et des troubles musculosquelettiques. »

Suivent quelques pistes d'action, reprises pour l'essentiel des deux premiers plans

santé travail et formulées de façon fort générale (lutter contre les troubles musculo-squelettiques et les risques psychosociaux, améliorer la coordination des acteurs...); la plus innovante (développer le télétravail « en raison de ses impacts positifs sur la santé des personnels, la qualité de vie au travail, la productivité et sur l'environnement compte tenu de la réduction des déplacements ») étant d'ailleurs contestable au vu des récents travaux sur la question¹, qui amènent à douter des impacts positifs du télétravail sur la santé. Toutefois, à l'instar des plans santé travail élaborés conjointement par l'administration du Travail, les syndicats et le patronat, aucune mention n'est faite de la réduction des inégalités dans ces paragraphes sur les risques professionnels.

S'agit-il d'une particularité française, liée au cloisonnement particulièrement marqué dans notre pays entre la santé publique (sous pilotage étatique) et la santé au travail (largement déléguée aux partenaires sociaux)? Il semble que non : ainsi l'importante résolution du Parlement européen du 8 mars 2011 sur « la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne » reproduit le même schéma. Elle considère « qu'en dehors des déterminants génétiques, la santé est essentiellement influencée par le mode de vie du citoyen, par son accès aux soins de santé, y compris à l'information et à l'éducation dans ce domaine, à la prévention des maladies ainsi que par son accès au traitement des maladies de courte ou de longue durée ». Elle cite à trois reprises la télémédecine comme outil important pour réduire les inégalités sociales de santé, mais n'évoque nulle part la médecine du travail ni la prévention des risques professionnels.

Le travail source majeure d'inégalités de santé

De nombreuses données empiriques attestent pourtant du rôle décisif des conditions de travail et des itinéraires professionnels – chômage, précarité, insécurité... – sur les inégalités sociales de santé. Les employés et les ouvriers sont les plus exposés aux risques psychosociaux et

à l'insécurité, comme le rappelle la SNS, mais aussi aux produits cancérigènes, au travail répétitif, aux postures pénibles, au bruit, et donc aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, ainsi qu'à un vaste éventail de pathologies psychiques et physiques d'origine professionnelle mais non reconnues comme telles. Ces inégalités d'expositions, largement documentées par l'enquête Sumer (lire l'encadré p. 39) depuis 1994, sont en augmentation pour ce qui concerne les agents chimiques cancérigènes : en 2017, 30 % des ouvriers qualifiés étaient exposés à un cancérigène dans leur travail contre 3 % des cadres. Elles tendent plutôt à diminuer pour les contraintes organisationnelles, mais ce n'est pas forcément une bonne nouvelle : il ne s'agit pas d'une amélioration de la situation des plus exposés (ouvriers et employés), mais d'une détérioration de celle des cadres et professions intermédiaires², notamment pour ce qui est de l'autonomie.

Ces inégalités d'exposition se traduisent par de fortes différences de mortalité avant 65 ans : celle-ci est majorée pour les hommes ayant travaillé dans l'industrie et dans le secteur de la santé, qui ont une probabilité plus élevée d'environ 15 % de mourir avant 65 ans relativement aux hommes n'ayant jamais travaillé dans l'industrie; l'écart est de 30 % pour ceux qui ont travaillé dans la construction, l'hôtellerie restauration ou les services à la personne. Pour les travailleurs passés par l'intérim, la probabilité de décès prématuré est majorée de 75 %; c'est notamment dû à un excès de cancers et de maladies cardiovasculaires.

L'épidémie de Covid-19 a accentué les inégalités sociales de santé, comme l'ont montré les premiers résultats de l'enquête Epicov (lire l'encadré p. 39)³ [2]. On sait que les professions les plus exposées, les « premiers de corvée », sont aussi souvent les moins rémunérées [22]. Mais le rôle du travail dans les contaminations n'est

à ce stade que très peu documenté. Ainsi Santé publique France publiait dans son tableau de bord hebdomadaire le nombre de clusters professionnels (1 928 clusters répertoriés dans des entreprises privées ou publiques entre mars et novembre 2020), mais sans fournir de détail par secteur d'activité; ce suivi, peu utilisé, a cessé d'être publié en décembre 2020. On sait par la presse que les ouvriers des abattoirs ont été particulièrement touchés, mais *quid* des chauffeurs des transports publics, des caissières de supermarché, des serveurs de cafés-restaurants? Les données sur les patients hospitalisés ou décédés fournissent le sexe et l'âge mais rien sur la catégorie socioprofessionnelle. Pourtant, même pour les personnes âgées, les comorbidités (cancers, pathologies pulmonaires ou cardiovasculaires) sont souvent le résultat de décennies d'exposition à des conditions de travail délétères [21], associées aux professions exercées.

Quelles pistes d'action ?

La France dispose d'un système de surveillance de la santé au travail particulièrement développé au regard des autres pays européens, tant en ce qui concerne le nombre de médecins du travail que la proportion de salariés couverts. Mais cela n'empêche pas notre pays de compter un nombre élevé d'accidents du travail et de maladies professionnelles relativement aux pays voisins, et de très fortes inégalités sociales de santé. Plusieurs rapports officiels ont récemment souligné la faible efficacité d'un système complexe, peu piloté, mal coordonné. Avec le paritarisme à la française (où le président du conseil d'administration, représentant du patronat, dispose d'une voix déterminante), et malgré l'indépendance professionnelle des médecins, les services de santé au travail, financés par des cotisations des entreprises, se positionnent non pas en acteurs de santé publique mais en prestataires de services et de conseils aux employeurs, qui de fait les dirigent.

Le préalable à tout changement est la prise de conscience du rôle déterminant du travail dans la formation des inégalités sociales de santé, et de la nécessité de combler le fossé qui sépare encore en France la santé publique et la santé au travail. Deux catégories de risques en particulier structurent cette production des inégalités : les risques cancérigènes (incluant d'ailleurs le travail de nuit), et les risques organisationnels et

1. Hallépée S., Mauroux A. « Le télétravail permet-il d'améliorer les conditions de travail des cadres? » Insee Références, 2019. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4126590>.

UGICT-CGT. « Comment se passe le télétravail depuis la crise du Coronavirus? » <http://www.ugict.cgt.fr/articles/references/teletravail-enquete>

2. Équipe Sumer. « Inégalités sociales d'expositions aux risques du travail : quelles évolutions depuis 20 ans? » Communication au 35^e Congrès de médecine du travail, juin 2018. https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/ppt-inegalites_sociales_dexpositions_aux_risques_du_travailpplx.pdf

3. Malheureusement, suite à une erreur de conception du questionnaire (rectifiée lors de la deuxième vague), la profession n'a été recueillie que pour 20 % des personnes en emploi, celles qui jugeaient leur activité « essentielle »; cela rend difficile dans l'immédiat l'analyse des liens entre l'épidémie et le travail.



psychosociaux. Les premiers appellent une action réglementaire plus forte et planifiée dans le temps pour organiser la substitution des produits les plus dangereux. Les seconds nécessitent une réduction de l'insécurité sur le marché du travail (par exemple grâce à une assurance chômage plus protectrice), et une bien plus grande participation des travailleurs et de leurs représentants à la détermination des méthodes de travail, afin d'éviter la multiplication des injonctions contradictoires, l'intensification du travail, la standardisation des tâches par le *lean management*, la perte de sens d'un travail réduit à l'atteinte d'objectifs chiffrés.

Ces dernières années, la diminution du nombre de médecins du travail et les réformes successives du système ont conduit les services à cibler le suivi médical sur les salariés les plus affectés par des risques traditionnels (travail de nuit, chutes de hauteur, expositions à des agents chimiques dangereux...) au détriment de salariés *a priori* moins exposés à ces risques. Cela pourrait sembler favorable à la réduction des inégalités de santé. Il n'en est rien, car d'une part, dans un contexte de réduction des moyens, le ciblage ne signifie aucunement un renforcement du suivi des salariés ciblés; et d'autre part, les salariés non ciblés sont exposés au moins autant que les autres à des risques organisationnels et psychosociaux liés notamment à la fréquence et au caractère autoritaire des changements technologiques et organisationnels.

C'est pourquoi une politique de réduction des inégalités sociales de santé suppose un renforcement important des prérogatives des élus du personnel dans les décisions portant sur l'organisation du travail. Il importe également de renforcer les moyens des services de santé au travail et de transformer leur gouvernance pour qu'ils aient l'ambition et les moyens de limiter, par des interventions en amont des changements organisationnels, les effets de ces derniers sur la santé psychique et physique des travailleurs.

Avec les réformes récentes, les services de santé au travail se sont dotés d'équipes pluridisciplinaires, associant un médecin du travail d'autres professionnels : toxicologues, infirmières, psychologues, ergonomes... Ces équipes, convenablement renforcées, pilotées et coordonnées, s'appuyant sur la connaissance du terrain dont disposent les représentants des salariés et le management intermédiaire, pourraient jouer un rôle important dans la réduction des inégalités sociales de santé liées au travail. ●

Bibliographie générale

1. Backholer K., Peters S. A., Bots S. et al. « Sex differences in the relationship between socioeconomic status and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis ». *J Epidemiol Community Health*, 2017, 71 (6), 550-557.
2. Bajos N. et al. « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 ». *Questions de santé publique*, Ireps, octobre 2020, 40. https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IRESP_QSP40_web_.pdf
3. Bereni L., Chauvin S., Jaunait A., Revillard A. *Introduction aux études sur le genre*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2020, 3e édition, 425 p.
4. Berger E., Castagné R., Chadeau-Hyam M. et al. « Multi-cohort study identifies social determinants of systemic inflammation over the life course ». *Nat Commun*, 2019, 10 (1), 773.
5. Berger L., Panico L., Solaz A. (2020) The Impact of Center-Based Childcare Attendance on Early Child Development: Evidence from the French Elfe Cohort, forthcoming in *Demography*
6. Bonaldi C., Boussac M., Nguyen-Thanh V. « Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015 ». *Bull épidémiol hebd*, 2019, (15), 278-84.
7. Bouillon F., Clerval A., Vermeersch S. « Logement et inégalités ». *Espaces et Société*, 2017, 3, 170, 9-14.
8. Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. et le groupe AIR Project. « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 2012, 179.
9. Bracke P., Delaruelle K., Dereuddre R., Van de Velde S. « Depression in women and men, cumulative disadvantage and gender inequality in 29 European countries ». *Social Science & Medicine*, 2020, 267. DOI : 10.1016/j.socscimed.2020.113354
10. Brandily P. et al. « A poorly understood disease ? The unequal distribution of excess mortality due to Covid-19 across French municipalities ». *MedRxiv*, 9 juillet 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.07.09.20149955>
11. Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E. et al. « The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence ». *Lancet*, 2020, 395 (10227), 91220.
12. Brønnum-Hansen H. « Assessing the Impact of risk factors on health expectancy ». In : Jagger C., Crimmins E. M., Saito Y. (dir.) et al. *International Handbook of Health Expectancies*. Berlin : Springer, « Springer International Handbooks of Population », 2020, 298 p., 123-128.
13. Burris H. H., Hacker M. R. « Birth outcome racial disparities: a result of intersecting social and environmental factors ». *Semin Perinatol*, 2017, 41 (6), 360-6.
14. Buzyn A. « Le plan cancer 2014-2019 : un plan de lutte contre les inégalités et les pertes de chance face à la maladie ». Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, 2014, 43, 53-60.
15. Cambois E., Brønnum-Hansen H., Hayward M., Nusselder W. « Monitoring social differentials in health expectancies ». In : Jagger C., Crimmins E. M., Saito Y. (dir.) et al. *International Handbook of Health Expectancies*. Berlin : Springer, « Springer International Handbooks of Population », 2020, 298 p., 45-66.
16. Cambois E., Garrouste C., Pailhé A. « Gender career divide and women's disadvantage in depressive symptoms and physical limitations in France ». *SSM-Population Health*, 2017, 3, 81-8.
17. Cambois E., Laborde C., Robine J.-M. « La "double peine" des ouvriers ». *Populations et Sociétés*, 2008, n° 441.
18. Carré B., Jusot F., Wittwer J., Gastaldi-Ménager C., Thomas M. Public health insurance impact on the consumption of healthcare services for low income populations. Université Paris Dauphine, PSL Research University, LEDa-Legos- Document de travail, 2021.
19. Castagné R., Garès V., Karimi M. et al. (Lifepath Consortium). « Allostatic load and subsequent all-cause mortality: which biological markers drive the relationship ? Findings from a UK birth cohort ». *Eur J Epidemiol*, 2018, 33 (5), 441-458.

20. Chauveaud C., Warin, P. *Le Non-recours à la CMU-C. Enquête auprès de populations précaires*. CNRS, Pacte, rapport technique, 2016, 66 p.
21. Counil E., Khat M. « Covid-19 : les classes populaires paient-elles le plus lourd tribut au coronavirus en France ? » *The Conversation*, mai 2020. <https://theconversation.com/Covid-19-les-classes-populaires-paient-elles-le-plus-lourd-tribut-au-coronavirus-en-france-138190>
22. Coutrot T., Mauroux A., Sandret N. « Quelle est l'exposition professionnelle au risque de contamination au Covid-19 selon les métiers ? » *Dares, Analyses*, 2020.
23. Daniel H., Bornstein S. S., Kane G. C. « Health and public policy committee of the American college of physicians. Addressing social determinants to improve patient care and promote health equity: An American College of Physicians positions paper ». *Ann Intern Med*, 2018, 168 (8), 577-8.
24. De Marchis E., Knox M., Hessler D. et al. « Physician burnout and higher clinic capacity to address patients' social needs ». *J Am Board Fam Med*, 2019, 32 (1), 69-78.
25. Deborde T., Amarc L., Bobrie G. et al. « Sex differences in antihypertensive treatment in France among 17856 patients in a tertiary hypertension unit ». *Journal of Hypertension*, 2017, 35 (1). DOI : 10.1097/HJH.0000000000001607
26. Deguen S., Zmirou-Navier D. « Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality. A European review ». *European Journal of Public Health*, 2010, 20 (1), 27-35. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp220>
27. Denantes M. « Les RH, levier de la transformation du système de santé ». Actes des séminaires du HCAAM, 2019-2020 <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2021/HCAAM-SEMINAIRE%20RH-FEVRIER%202021.pdf>
28. Dourgnon P., Guillaume S., Jusot F., Wittwer J. « Etudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour ». *Irdes, Question d'économie de la santé*, 2019, n° 244.
29. Dubet F. « Inégalités scolaires : structures, processus et modèles de justice. Le débat en France au cours des cinquante dernières années ». *Revue européenne des sciences sociales*, 2019, 2, 57-2, 111-36.
30. Dubost C.-L., Leduc A. « L'EDP-Santé : un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé ». *Les Dossiers de la Drees*, n° 66, septembre 2020.
31. Dubost C.-L., Pollak C., Rey S. « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives ». *Dossiers de la Drees*, 2020, n° 62.
32. Ducoudré B., Madec P., Plane M., Sampognaro R. « Budget 2020. Du pouvoir d'achat au travail ». *OFCE, Policy Brief*, 2020, n° 64.
33. Fassin D. « Revisiter la santé communautaire ». In : Desgroseilliers V., Vonarx N., Guichard A., Roy B. *La Santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis*. Presses de l'Université Laval, 2016, 364 p.
34. Ghosn W., Menvielle G., Rican S., Rey G. « Associations of cause-specific mortality with area level deprivation and travel time to health care in France from 1990 to 2007, a multilevel analysis ». *BMC Public Health*, 2017, 2, 18 (1), 86.
35. Glinianaia S. V., Rankin J., Bell R., Pless-Mulloli T., Howel D. « Does particulate air pollution contribute to infant death? A systematic review ». *Environ Health Perspect*, 2004, 112 (14), 1365-70.
36. Grobon S., Panico L., Solaz A. « Inégalités socio-économiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans ». *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire*, 2019, 1, 1-9.
37. Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O. et al. « Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature ». *Santé publique*, 2018, 30 (1), 45-60.
38. Guthmuller S., Wittwer J. The impact of the eligibility threshold of a French means-tested health insurance programme on doctor visits: A regression discontinuity analysis. *Health Economics*, 2017, 26 (12), e17-e34.
39. Hajat A., Hsia C., O'Neill M.S. « Socioeconomic disparities and air pollution exposure: A global review ». *Curr Environ Health Rep*, 2015, 2 (4), 440-50.
40. HCSP. *Inégalités sociales de santé. Sortir de la fatalité*. Paris : Haut Conseil de la santé publique, La Documentation française, 2010.
41. Heckman J. J. « Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children ». *Science*, 2006, 312 (5782), 1900-2.
42. Jusot F. et al. « Les "vulnérables" à la Covid-19 : essai de quantification ». *OFCE Policy Brief*, 26 juin 2020, n° 74.
43. Jusot F., Dourgnon P., Wittwer J., Sarhiri J. « Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas ». *Irdes, Question d'économie de la santé*, 2019, n° 245.
44. Kotz D., West R. « Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding ». *Tob Control*, 2009, 18 (1) : 43-6.
45. Lambert A. et al. « Le travail et ses aménagements : ce que la pandémie de Covid-19 a changé pour les Français ». *Populations et Sociétés*, 2020, n° 579.
46. Lang T. *Inégalité sociales de santé. Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*. Les Presses de Sciences Po, 2015, p. 187-194.
47. Lang T., Saurel-Cubizolles M.-J., Billette de Villemeur A. « La santé des enfants en France : un enjeu négligé ? » *Santé publique*, 2020, 32, 1-9.
48. Le Nézet O., Janssen E., Brissot A. et al. « Les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence. Enquête Escapad 2017 ». *Bull épidémiol hebd*, 2018, (14-15), 274-82.
49. Loewenson R., Accoe K., Bajpai N. et al. « Reclaiming comprehensive public health ». *BMJ Global Health*, 2020, 5. e003886. DOI : 10.1136/bmjgh-2020-003886
50. Lombrail P., Lang T., Pascal J. « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? » *Santé Société Solidar*, 2004, 3 (2), 61-71.



Bibliographie générale

51. Luce D., Michel S., Dugas J. *et al.* « Disparities in cancer incidence by area-level socioeconomic status in the French West Indies ». *Cancer Causes Control*, 2017, 28 (11), 1305-12.
52. Mackenbach J. P., Kulhánová I., Artnik B. *et al.* « Changes in mortality inequalities over two decades: Register based study of European countries ». *Br Med J*, 2016, 353, i1732.
53. Mangeney C., Bouscaren N., Telle-Lamberton M. *et al.* *La Surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens*. Paris : ORS Ile-de-France, 2020, 32 p.
54. Meurant G. « Clarifier son modèle de santé ». *Santé conjugée*, 2018, 85, 29-31.
55. Nusselder W., Cambois E., Dagmar Wapperom D. *et al.* « Women's excess unhealthy life years: Disentangling the unhealthy life years gap ». *Eur J Public Health*, 2019, 29 (5), 914-9.
56. Nusselder W., Looman C., Van Oyen H., Yokota Tiene De Carvalho R. « Attributing causes to disability ». In : Jagger C., Crimmins E. M., Saito Y. (dir.) *et al. International Handbook of Health Expectancies*. Berlin : Springer, « Springer International Handbooks of Population », 2020, 298 p., 87-105.
57. Nutbeam, D. « Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century ». *Health Promotion International*, 2000, 15, 259-267.
58. Palazzo C., Yokota Tiene De Carvalho R., Tafforeau J. *et al.* « Contribution of chronic diseases to educational disparity in disability in France: Results from the cross-sectional "disability-health" survey ». *Archives of Public Health*, 2019. <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0326-9>
59. Panico L., Tô M., Thévenon O. « La fréquence des naissances de petit poids : quelle influence a le niveau d'instruction des mères ? » *Population et Sociétés*, 2015, (6), 1-4.
60. Pasquereau A., Andler R., Anwidson P. *et al.* « Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019 ». *Bull épidémiol hebdomadaire*, 2020, (14), 273-81.
61. Peretti-Watel P., Constance J. « "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases ». *Int J Environ Res Public Health*, 2009, 6 (2), 608-21.
62. Peretti-Wattel P. « La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités de santé ? » *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, 61 (3), S158-S62.
63. Pierru F. « Système de protection sociale et crise économique ». *Adsp*, 2017, 99, 45-7.
64. Pornet C., Delpierre C., Dejardin O. *et al.* « Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: The French version ». *J Epidemiol Community Health*, 2012, 66, 982-9.
65. Quinn S. C., Kumar S. « Health inequalities and infectious disease epidemics: a challenge for global health security ». *Biosecurity Bioterror*, 2014, 12 (5), 263-273.
66. Revil H., Warin P., Gajdos T. *Les Plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS). Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes à la réalisation de leurs soins*. Assurance maladie, rapport technique, 2016, 132 p.
67. Rey G., Rican S., Luce D., Menvielle G., Jouglà E. « La mesure des inégalités sociales de mortalité par cause en France. Comparaison des approches chaînée et non chaînée ». *Rev épidémiol santé publique*, 2013, 61 (3), 221-31.
68. Roederer T., Mollo B., Vincent C., Nikolay B., Llosa A.E., Nesbitt R., Vanhomwegen J., Rose T., Goyard S., Anna F., Torre C., Fourrey E., Simons E., Hennequin W., Mills C., Luquero F.J. « Seroprevalence and risk factors of exposure to Covid-19 in homeless people in Paris, France : a cross-sectional study ». *Lancet Public Health*, www.thelancet.com/public-health, 5 février 2021, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00001-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00001-3)
69. Rousseau A., Bévort H., Ginot L. « La santé publique au risque de la Covid-19 : du premier retour d'expérience à la formulation de nouvelles exigences collectives ». *Santé publique*, 2020, 32, n° 2-3, 183-7.
70. Soulier A., Colineaux H., Kelly-Irving M. « Intersectionnalité et incorporation : comprendre la genèse des inégalités sociales de santé ». *Sciences sociales et Santé*, 2020. Article accepté (à paraître).
71. Warszawski J. *et al.* « En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2. Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov ». *Études et Résultats*, Drees, octobre 2020, 1167.
72. Wittwer J., Raynaud D., Dourgnon P., Jusot F. (2019). « Protéger la santé des personnes en situation irrégulière en France. L'Aide Médicale de l'Etat, une politique d'accès aux soins mal connue ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, 2019, n° 243.
73. Zins M., Goldberg M., Carton M., Gueguen A. *et al.* « La cohorte Constances. Une infrastructure pour la recherche et la santé publique ». *Bulletin Épidémiologique hebdomadaire*, 2016, n° 35-36, 612-6.



Pour découvrir d'autres ressources sur le thème des inégalités sociales de santé, connectez-vous au portail documentaire de l'EHESP :

https://documentation.ehesp.fr/index.php?lvl=cmspage&pageid=6&id_rubrique=191