



Réduire les inégalités sociales de santé : la mission n'est pas impossible

Chantal Cases
Directrice de l'Ined,
membre du HCSP

Comme le soulignait le rapport du Haut Conseil de santé publique¹, l'objectif d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chacun en particulier, quelle que soit son origine ou son appartenance sociale, est largement partagé et inscrit dans les grands textes fondateurs de notre République. Notre système de santé a bien atteint son premier objectif : l'espérance de vie ne cesse de s'accroître dans des proportions importantes sur les dernières années, de l'ordre de trois mois par an, un quart d'heure par heure ! Mais il faut bien reconnaître qu'il peine, et même recule, devant le second. Si l'espérance de vie de toutes les catégories sociales augmente, la progression est plus rapide pour les plus favorisés.

Le constat des inégalités sociales de santé a aujourd'hui largement été dressé en France. La première partie du dossier présenté ici le résume clairement : quel que soit l'indicateur de santé ou de niveau social utilisé, l'état de santé s'améliore toujours avec le statut social, et cette inégalité s'est aggravée au cours des années récentes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadre et ouvrier est aujourd'hui de 7 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes. Chez les hommes, cela correspond à l'allongement de la durée de vie à 35 ans depuis les années cinquante. Ces inégalités d'espérance de vie se doublent d'inégalités dans le nombre d'années vécues en bonne santé, pour lesquels l'écart entre catégories extrêmes est cette fois de l'ordre de 10 ans. Des différences sociales sont également constatées pour la plupart des grandes pathologies. Ces inégalités sociales s'inscrivent dès l'enfance, et se renforcent au fil des histoires de vie.

Il est également bien connu que ces différences ne se limitent pas à une opposition entre les plus défavorisés et les autres. Bien sûr les personnes cumulant les facteurs de précarité, les personnes aux conditions de travail les plus pénibles, ont des risques de décès ou de maladies particulièrement importants. Mais on assiste en fait à une détérioration graduelle des indicateurs de santé tout au long de la distribution des revenus.

Il est également clair que la situation est plus défavorable en France que dans chacun des pays d'Europe de l'Ouest, même si partout en Europe, des disparités de même nature sont observées. Les inégalités sociales interfèrent aussi avec de fortes disparités territoriales, de mieux en mieux observées avec l'utilisation systématique et conjointe des données de mortalité, des bases de données de l'assurance maladie et des grandes enquêtes en population.

Les inégalités sociales de santé sont, certes, de bien moindre ampleur que les inégalités de revenus ou de patrimoine².

1. Haut Conseil de la santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Coll. Avis et rapports, Paris : La Documentation française ; avril 2010.

2. Tranoy Alain « les inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles », *Économie publique* n° 24-25, 2009/1-2.

Mais elles sont considérées comme plus inéquitables que toutes les autres, tant la santé est un élément essentiel de ce que les économistes appellent « le capital humain », et tant elle conditionne les possibilités de participer à la société. Au delà du constat, les causes de ces inégalités sont également de mieux en mieux connues. Multifactorielles, elles tiennent aussi bien aux conditions et à l'environnement de vie et de travail qu'à l'accès et à la bonne utilisation du système de soins. La deuxième partie du dossier illustre les différentes facettes de ces déterminants sociaux, ainsi que de la construction de ces inégalités tout au long de la vie, et même au fil des générations.

Même si l'on est loin en la matière d'une politique fondée sur des preuves, et même s'il reste beaucoup de travail aux chercheurs pour affiner leurs diagnostics et surtout évaluer les dispositifs de réduction de ces inégalités, on en sait suffisamment aujourd'hui pour agir. D'autres pays l'ont fait, avec un certain succès : on peut ainsi s'appuyer sur l'expérience du Royaume Uni ou des Pays-Bas qui, depuis les années 1980, ont mis en place une stratégie volontariste de réduction des inégalités, ou sur l'exemple du Québec, qui nous est rappelée en troisième partie de ce dossier.

Pour agir, il faut d'abord mobiliser collectivement, et au delà du système de santé, autour de cet objectif. La réduction des inégalités sociales de santé est encore trop peu présente dans le débat public dans notre pays. Il faut que la réduction de ces inégalités soit un objectif interministériel ; il faut évaluer l'impact *a priori* et *a posteriori* des politiques intersectorielles sur la santé et ses inégalités. Face à des causes multiples, il faut articuler des politiques diversifiées : politiques de long, moyen termes et de « rattrapage » ; politiques nationales et locales. Les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, ont un rôle essentiel à jouer dans un domaine où les actions ciblées et de proximité ont montré leur efficacité. Et puisque la santé se construit dès l'enfance, c'est d'abord auprès des enfants qu'il faut agir : par l'éducation, par la prévention, en favorisant leur accès effectif aux soins...

Mais la responsabilité du système de soins, même si elle n'est que partielle, ne doit pas être laissée de côté. Le dossier illustre bien le rôle essentiel que peut avoir l'organisation et la formation de la médecine de premier recours en la matière, ou encore la solvabilisation de l'accès aux soins.

Enfin, pour ne pas tâtonner, la politique de santé doit disposer de connaissances à jour, d'un système de surveillance régulier et d'un suivi coordonné de ses objectifs. Nous sommes aujourd'hui à un tournant vis-à-vis des inégalités sociales de santé. La volonté d'agir est affirmée. Elle doit se concrétiser par une politique globale et coordonnée, et la définition d'une démarche structurée. Ce n'est pas aujourd'hui une mission impossible. ■