

# Des déterminants multiples

**Les inégalités sociales de santé ont de nombreux facteurs : revenus, éducation, travail, environnement, modes de vie, accès aux soins..., qui s'accumulent tout au long de la vie. Repérer l'enchaînement de ces causes permet d'orienter les politiques publiques et de les rendre plus efficaces.**

## Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie

**Thierry Lang**  
Épidémiologiste,  
département  
d'épidémiologie et  
de santé publique,  
Inserm U558,  
membre du HCSP

La plupart des maladies ont été analysées, au cours du siècle dernier, comme relevant essentiellement des comportements, d'expositions et des conditions de vie à l'âge adulte. Parallèlement, les populations vulnérables, sur un plan biologique ou social, ont été caractérisées à un moment donné de leur histoire. Cette approche a eu sans doute des qualités opérationnelles pour élaborer des politiques de santé, qu'il s'agisse de définir des groupes à haut risque biologique, les patients hypertendus par exemple, ou les populations socialement vulnérables, mais elle néglige un point important qui est la dynamique de création de ces populations.

Il est facile d'admettre que ces états de santé ou la situation de ces populations se sont construites au cours du temps et ne peuvent être réduites à une situation instantanée.

Les données scientifiques explorant cet aspect ne sont pourtant que relativement récentes. Dans le domaine de l'épidémiologie, cette approche est évidemment difficile à mettre en œuvre, puisqu'il s'agit de suivre

l'évolution d'individus depuis leur naissance, et même avant, jusqu'à l'âge, adulte, d'apparition des maladies. Pour les inégalités sociales de santé, cette démarche est essentielle, non seulement en termes de connaissances, mais aussi pour ses conséquences dans la mise en œuvre des politiques de réduction des inégalités sociales de santé [59].

### Construction de l'état de santé au cours de la vie : des enchaînements de causes

La vie des personnes, depuis la vie intra-utérine jusqu'à la période du vieillissement, est marquée par la survenue successive d'un certain nombre de processus sociaux et biologiques à différentes phases. Des phénomènes biologiques aussi divers que la santé et la nutrition maternelle, les différentes infections de l'enfance, les vaccinations, les comportements, les facteurs de stress s'articulent avec des processus sociaux tels que le niveau socio-économique des parents, leur accès aux services de santé... Ces éléments de la vie de l'enfant conduisent à l'accès aux études, à l'environnement

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.*



## Les inégalités sociales de santé

matériel, au réseau social, au rapport au travail de l'adulte qu'il deviendra.

La complexité est donc de représenter ces facteurs entremêlés. Considérer l'enchaînement des facteurs de risque tout au long de la vie constitue l'ambition de l'épidémiologie biographique (*life-course epidemiology*), que l'on peut définir comme l'étude des mécanismes biologiques, comportementaux et psychosociaux qui opèrent tout au long de la vie pour influencer l'état de santé.

Cette idée de situations ou d'expositions qui s'enchaînent est parfaitement décrite par Helman indiquant que « *L'idée de cause a perdu toute autre signification que celle de la désignation pragmatique du point dans la chaîne des événements auquel une intervention serait la plus pratique* ».

Plusieurs modèles explicatifs ont été proposés pour représenter les mécanismes par lesquels ces facteurs modifient l'état de santé au long de la vie.

### Périodes critiques

Il s'agit d'une fenêtre de temps durant laquelle une exposition peut avoir des effets néfastes ou au contraire positifs sur le développement biologique et/ou social ultérieur. Ce modèle est en fait une extension de l'hypothèse de la programmation biologique durant la grossesse, connue sous le nom d'hypothèse de Barker, qui a montré le lien entre la vie intra-utérine et certaines maladies de l'âge adulte. Cette hypothèse supposait que le développement de l'organisme *in utero* est susceptible de déterminer les fonctions à l'âge adulte. C'est ainsi que le développement pulmonaire peut être rapporté au développement de broncho-pneumopathies chroniques obstructives à l'âge adulte, le développement rénal au développement d'hypertension artérielle et le développement du pancréas à l'apparition de diabète. Les résultats de la West of Scotland Collaborative Study témoignent aussi du caractère critique de la première enfance. Dans cette étude, le risque relatif de maladies cardio-vasculaires est beaucoup plus élevé lorsque c'est la catégorie sociale du père lors de la naissance ou pendant la petite enfance de l'individu qui est considérée plutôt que la classe sociale initiale ou la classe sociale actuelle de l'individu. La terrible famine qui a affecté les Pays-Bas en 1944 a fourni un exemple dramatique à l'appui de cette hypothèse : les enfants nés durant cette période ont souffert d'un taux élevé de maladies coronariennes cinquante ans plus tard. On a évoqué des phénomènes d'adaptation à un environnement pauvre en énergie. Si cette adaptation précoce s'avère inappropriée et que l'environnement ultérieur se révèle riche en ressources caloriques, alors des maladies chroniques de surcharge peuvent survenir [94].

Des stress psychosociaux survenant dans l'enfance, lorsque le cerveau est vulnérable et malléable, sont susceptibles d'influencer la maturation cérébrale et de conduire à des modifications structurelles et fonctionnelles durables. Ces périodes critiques ne sont pas seulement biologiques, elles sont aussi sociales. La

transition de l'école primaire au collège, les périodes d'évaluation scolaire, l'entrée sur le marché du travail, le départ du foyer familial, la parentalité, les périodes de chômage ou encore la retraite sont autant de périodes sociales critiques pendant lesquelles des facteurs de risque divers pourraient avoir des impacts majeurs sur l'état de santé.

### Accumulation des risques

Le deuxième modèle suppose l'accumulation des risques. Il permet de rendre compte de certaines réalités sociales. Les désavantages tendent à se concentrer à un moment donné dans les mêmes populations, avec des professions, un habitat, une zone de résidence ou encore des habitudes de vie péjoratives à la santé. De la même façon, les facteurs de risque tendent à s'accumuler au cours du temps et au cours de la vie d'une personne, depuis l'enfant jusqu'à la personne âgée. Ce modèle permet de souligner qu'un impact majeur sur la santé peut se produire à travers l'accumulation de nombreux facteurs relativement mineurs. Ce modèle peut rendre compte du gradient de santé continu dans la population. Les données de la cohorte de Whitehall II<sup>1</sup> illustrent la pertinence de ce modèle cumulatif. Les personnes qui cumulent six facteurs de risque au long de leur vie ont un risque de maladies cardio-vasculaires multiplié par 2,2 [98]. Ce risque augmente progressivement et de façon quasi linéaire avec le nombre des facteurs de risque. L'étude de cohorte britannique des enfants nés en 1946 fournit également un exemple de ce type de modèle cumulatif. À 36 ans, le risque de broncho-pathie chronique et de fonction pulmonaire altérée est d'autant plus élevé que les personnes cumulent des infections respiratoires, un habitat pauvre surpeuplé durant la prime enfance, une exposition à une pollution de l'air durant l'enfance ou enfin le tabagisme durant la période d'adulte jeune.

### Trajectoires (*pathways*)

Le dernier modèle explicatif concerne les chaînes de causalité (*pathways*). Dans cette approche, un désavantage précoce dans la vie peut placer un individu sur une chaîne de risques le conduisant à une exposition future qui représente l'événement étiologique important. Pour David Blane [12], cette approche peut intégrer les hypothèses de période critique et d'accumulation des risques. Un exemple de ce type de chaîne de causalité peut être illustré de la façon suivante : dans une première hypothèse, le contexte social et matériel des parents peut influencer directement l'état de santé de l'enfant par l'intermédiaire de l'état de santé maternel et du poids de naissance, le niveau d'études peut influencer les comportements alimentaires et les comportements de santé. Mais une autre chaîne de causalité, sociale,

**1.** La cohorte Whitehall II est une étude longitudinale britannique démarrée en 1985 pour examiner les rapports entre niveau socio-économique et état de santé chez 10 308 fonctionnaires londoniens (6 895 hommes et 3 413 femmes).

peut être identifiée, par laquelle le contexte social et matériel des parents détermine l'environnement matériel et social de l'enfant, puis son accès à l'éducation, son statut social et sa profession à l'âge adulte, laquelle peut, et seulement à ce stade, influencer l'état de santé. Dans cette seconde hypothèse, le contexte matériel de l'enfance n'a pas d'effet direct, mais conduit l'enfant, à la suite d'une trajectoire sociale, dans une situation qui, elle, à la différence des étapes précédentes, aboutira à des effets péjoratifs sur la santé.

### L'état de santé est une ressource

L'opposition classique entre processus de sélection, selon lequel un mauvais état de santé conduirait à une position sociale défavorisée, et le processus de causalité, selon lequel la catégorie sociale serait déterminante dans l'état de santé, mérite d'être dépassée. En effet, les deux sont sans doute vrais, le second mécanisme étant dominant, mais dans des proportions diverses selon les pathologies. Dans une perspective de vie entière peuvent se produire des enchaînements et de véritables cercles vicieux. Si on prend l'exemple de l'accès à l'emploi, la littérature épidémiologique témoigne de l'impact des conditions de travail et d'accès à l'emploi sur l'état de santé [66]. L'inverse est également vrai. Un même état de santé ne donne pas le même accès au travail et à l'emploi selon la catégorie sociale. En Grande-Bretagne, dans les années 1980, la dégradation du marché de l'emploi a touché l'ensemble des catégories sociales. Mais le taux de chômage des cadres atteints d'une maladie qui limitait leur mobilité avait beaucoup moins augmenté que celui des ouvriers qualifiés. À limitation égale de la mobilité, l'éviction du marché de l'emploi était considérablement plus élevée pour ces derniers [8]. Une approche longitudinale permettrait de rendre compte de ces cercles vicieux, dégradation de l'état de santé aboutissant à des difficultés d'accès à l'emploi, elles-mêmes cause de dégradation de l'état de santé... De tels enchaînements ont été montrés pour la consommation d'alcool et de tabac ou dans le cadre du VIH/sida [38].

### Qu'apportent ces modèles biographiques pour la mise en place d'interventions de réduction des inégalités sociales de santé ?

Si des interventions sont organisées, elles peuvent l'être à différents niveaux de la chaîne de causalité. Les échelles de temps pour les différentes interventions apparaissent clairement ; la plus courte concerne les facteurs proximaux sur lesquels des interventions d'urgence peuvent agir. C'est là que l'on pourrait placer par exemple les soins curatifs, qui agissent sur les facteurs les plus proximaux qui soient dans la chaîne de causalité. À l'autre bout de la chaîne, apparaissent des causes fondamentales micro et macro-sociales qui concernent le moyen et le long termes. Si l'on considère l'exemple du cancer du poumon, le traitement curatif d'un cancer représente le type du facteur proximal,

proche de l'état de santé de l'individu ; les politiques de taxation ou les législations sur la publicité en faveur du tabac sont un exemple de causes distales, fondamentales. Ce mode de pensée modifie profondément les priorités des politiques de santé. Dans un travail sur les facteurs contribuant au fardeau des maladies (*burden of diseases*) dans la région OMS Europe en 2002, M. Whitehead et son équipe notent, par ordre d'importance, un certain nombre de facteurs bien connus : tabac, hypertension artérielle, abus d'alcool, hypercholestérolémie, surpoids, consommation insuffisante de fruits et légumes, sédentarité, drogues, maladies sexuellement transmissibles, anémie en fer... Le même travail sur les causes fondamentales de ces maladies fait apparaître les inégalités de revenu, la pauvreté, les risques liés au travail ou encore le manque de cohésion sociale [103].

C'est dire que les générations concernées par différents types d'intervention pourront être différentes. Des interventions sur les causes fondamentales concerneront volontiers les enfants et jeunes adultes, tandis que les actions visant les personnes malades concerneront prioritairement des facteurs proximaux. Enfin, dernière conséquence notable, les périodes considérées sont en partie spécifiques des maladies. Si l'on examine les résultats de la West of Scotland Collaborative Study, le cancer du poumon apparaît principalement lié à la classe sociale à l'âge adulte, les maladies coronariennes et respiratoires sont marquées par un effet cumulatif des classes sociales dans l'enfance et l'âge adulte. Enfin le cancer de l'estomac serait principalement lié à la classe sociale dans l'enfance, de même que les accidents vasculaires cérébraux.

### Conclusion

Prendre en compte l'enchaînement diachronique des causes conduit à fixer l'objectif explicite de briser les chaînes de causalité biologiques et sociales qui conduisent à construire les inégalités.

Le modèle «vie entière» souligne que la situation et les difficultés rencontrées par une personne ont été précédées de désavantages cumulés. Par conséquent, les interventions de mise à disposition de droits ou de services qui supposent qu'elles aboutiront à restaurer pour la personne un état normal vis-à-vis de sa santé sont insuffisantes.

Ces éléments ont des conséquences en termes d'analyse des retentissements biologiques, de comportements de santé, de politiques publiques et enfin d'évaluation.

Si la vie entière a été un cumul de désavantages, les efforts pour réparer les dommages de la vie antérieure nécessiteront des efforts importants. En effet, les expériences précoces dans la vie affectent la santé de l'adulte par l'accumulation des atteintes à l'état de santé au cours de la vie et par l'inscription durable ou définitive dans le corps des « adversités » de l'enfance pendant les périodes critiques de l'enfance. Une telle analyse conduit à souligner l'importance de réduire



l'adversité durant les premières années de la vie pour prévenir les pathologies à l'âge adulte [94].

En termes de comportements, concentrer l'éducation sur la santé à l'âge adulte se heurte aux difficultés, croissantes avec l'âge, de changer de comportement d'une part et de dépasser les atteintes biologiques déjà présentes. En outre, cela revient à déplacer vers les individus le lieu de la responsabilité alors que leurs comportements s'inscrivent dans une perspective de vie, depuis une période de leur vie où la notion de choix individuel ne peut guère être évoquée.

Enfin, ces analyses sont susceptibles d'orienter les politiques publiques. Les interventions ne ciblent plus un problème de santé en particulier, mais les causes fondamentales (« les causes des causes ») des inégalités sociales de santé. Elles sont donc, par définition, globales et font appel à différents domaines des politiques publiques : politique de la ville, de l'aménagement du territoire, environnementale, de l'éducation, etc. Ce type d'intervention peut être trouvé dans les objectifs du Département de la santé britannique : réduire le nombre d'enfants vivant dans des foyers à bas revenus, augmenter la proportion d'enfants terminant leur scolarité à 16 ans avec un diplôme sont des exemples de ces approches [47].

Enfin, les méthodes d'évaluation, notamment pour la réduction des inégalités sociales de santé, ont un défi à relever. Les modèles d'évaluation expérimentaux ou quasi expérimentaux ne peuvent être utiles que pour l'évaluation d'interventions à l'échelle de quelques années. Les expérimentations menées sur certains facteurs psychosociaux, tels que le support social, n'ont pas montré leur efficacité. Outre l'aspect très expérimental de ces interventions menées sur des volontaires, une des raisons de l'échec tient peut-être à l'ancienneté des phénomènes que l'intervention se proposait de combattre. Les interventions sur les causes fondamentales ne seront efficaces que dans le long terme. Si l'épidémiologie peut apporter des informations de type descriptif ou à la mise au point d'indicateurs, c'est l'évaluation à long terme de politiques publiques qui devrait être mise en œuvre. Enfin, la complexité des mécanismes sociaux et sanitaires mis en jeu souligne l'importance d'un travail interdisciplinaire avec l'ensemble des sciences humaines et sociales pour développer des méthodes d'évaluation « réalistes », susceptibles de mesurer l'efficacité d'interventions, complexes, évolutives et intersectorielles, mais aussi les mécanismes, les causes d'échec ou de succès. 📌

## Le système de soins et les inégalités sociales de santé

### Pierre Lombrail

Professeur de santé publique, directeur du Pôle de l'information médicale, évaluation, santé publique, santé au travail, CHU de Nantes

Les inégalités sociales (et territoriales) de santé (ISS) sont une réalité en progression dans notre pays. Les déterminants sont multiples et s'enracinent tout au long de la vie des individus, avec un effet fortement différencié selon le milieu d'origine. Le rôle du système de soins est secondaire dans la constitution des états de santé ; il l'est probablement moins en matière d'inégalité et comprendre les divers mécanismes par lesquels il intervient peut aider à identifier des pistes d'action.

Les ISS peuvent s'analyser en termes d'inégalités d'accès aux soins sur le double registre de l'accès potentiel (la possibilité de se faire soigner) et de l'accès effectif (l'utilisation qui est faite de cette potentialité). L'utilisation est habituellement considérée sous le seul angle de l'accès primaire (le recours aux soins) et une attention particulière mérite d'être portée à l'accès secondaire (la qualité des soins à proprement parler).

### Accès aux droits

L'accès potentiel relève des droits et de la capacité des personnes à s'en saisir. En termes de droits, l'immense majorité des personnes vivant sur le territoire bénéficient d'une protection sociale obligatoire par

l'assurance maladie, mais subsistent à la marge des situations particulièrement choquantes concernant certaines catégories d'étrangers. Hors ces situations, le principal obstacle est financier du fait de la difficulté des personnes aux revenus les plus faibles à accéder à une protection sociale complémentaire facultative. Cette question fait l'objet d'autres contributions dans ce numéro et nous nous attacherons à comprendre en aval les difficultés d'utilisation du système sous l'angle de l'accès primaire et secondaire. Ces difficultés relèvent d'inégalités par omission, « liées à l'inertie d'un système de santé qui méconnaît les inégalités et n'a aucun projet de rattrapage », et d'inégalités par construction, liées à « l'absence de prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique médicale » [69]. Ces inégalités opèrent à une échelle individuelle (celles des « acteurs ») et collective (celle du « système », pour emprunter une catégorisation familière aux sciences de gestion).

### Accès primaire aux soins

Les inégalités d'accès primaire tiennent aux difficultés de la rencontre entre l'offre et la demande du fait des

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.

utilisateurs potentiels et (ou) des professionnels. Du côté des utilisateurs potentiels, il peut s'agir de méconnaissance du besoin de soins ou d'une offre à même de le satisfaire, ou de renoncement. La méconnaissance traduit un niveau de culture de santé (*health literacy*) variable selon l'appartenance sociale documentée pour des soins aussi banals en apparence que les vaccinations. Selon le Baromètre santé 2000 de l'Inpes par exemple, « la connaissance de la pratique d'une deuxième dose de vaccination rougeole-oreillons-rubéole chez les enfants de 3 à 6 ans est, chez les femmes, différente selon le diplôme obtenu : 46,2 % des femmes n'ayant pas de diplôme ou le certificat d'études primaires déclarent être informées de cette vaccination contre 61,9 % parmi les plus diplômées ». Le renoncement aux soins est un phénomène fréquent puisque l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) l'évalue de l'ordre de 16 % dans l'année, avant tout pour des soins optiques et dentaires sachant que la faible part des renoncements à des soins médicaux est probablement à nuancer en fonction du degré de *health literacy* et de la part de méconnaissance qu'elle véhicule. Il se concentre parmi les catégories sociales les plus modestes du fait de motifs qui les concernent plus particulièrement : économiques (le bénéfice d'une couverture complémentaire ne dispense pas partout de faire l'avance de frais), administratifs (une chose est d'avoir des droits, une autre est d'être en capacité d'effectuer les démarches qui les rendront effectifs) et psychosociaux. Des arbitrages entre priorités de l'existence relèguent souvent la santé au second plan, une faible attention portée à soi et une crainte du regard d'autrui ne favorisant pas le recours. Ces difficultés sont particulièrement prégnantes dans les publics en situation de précarité sociale.

Du côté des professionnels, les obstacles à l'accès primaire se répartissent entre refus et discrimination. Les refus de soins sont quantifiés depuis quelques années dans le secteur libéral à la demande du Fonds de couverture maladie universelle (CMU) (cela ne veut pas dire que les établissements de santé, y compris publics, ne soient pas concernés et les associations humanitaires signalent la permanence de cas qu'on peut espérer marginaux et liés pour la plupart à un défaut de protection sociale). Les motifs de refus en libéral ont été étudiés par l'Irdes et l'évitement d'un manque à gagner du fait de l'obligation de respect de tarifs opposables pour les assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire semble le disputer à des représentations de ces bénéficiaires peu conformes au respect du principe de solidarité. On est alors près de pratiques discriminatoires telles que plus particulièrement décrites dans les territoires français d'Amérique mais qui s'observent en métropole. Les discriminations peuvent être indirectes, indépendantes de l'intentionnalité des professionnels et s'apparentant alors à des ISS par omission, ou directes, schématiquement par délégitimation de la demande ou par différenciation de

la réponse en fonction de l'appartenance sociale des personnes soignées [19].

En résumé, il semble possible d'analyser les difficultés d'accès primaire avec le Collectif interassociatif sur la santé (*Égales devant la santé : une illusion ?* : CISS, avril 2010) majoritairement comme des effets de la « précarité », « trois états [semblent] plus particulièrement faire obstacle à l'accès [aux] droits et donc l'accès à la santé [...] :

- l'état de pauvreté qui concerne notamment des populations telles que les sans-domiciles fixes, les demandeurs d'emploi ou les travailleurs pauvres ;
- l'état de dépendance qui concerne notamment les populations telles que les personnes âgées ou en situation de handicap ;
- l'état de relégation qui concerne notamment les populations telles que les détenus, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes se prostituant » (CISS, 2010).

La définition large de ces états suggère que le phénomène pèse de manière beaucoup plus répandue que sur les seuls individus appartenant aux catégories administratives habituellement utilisées pour compenser la précarité et (ou) ses effets sur la santé.

### Inégalités d'accès secondaire aux soins

Les inégalités d'accès secondaire se produisent après la phase de contact avec le système de soins et vont de l'identification du besoin jusqu'à la délivrance du soin nécessaire. Les obstacles qui grèvent l'accès primaire continuent d'opérer, qu'ils soient économiques (combien d'ordonnances non présentées du fait du reste à charge anticipé ?) ou cognitifs (ruptures de trajectoires du fait du manque d'intelligibilité du système ou de la méconnaissance d'un besoin de suivi). D'autres s'y ajoutent, liés aux acteurs et au système. Du côté des acteurs, la méconnaissance peut aussi être le fait de professionnels qui ignorent ou sous-estiment l'ampleur du gradient social et identifient les ISS à la partie visible associée à la « précarité ». Surtout, ce qui relève de l'interaction soignant-soigné commence à être mieux connu et mérite d'être souligné. L'étude Intermède a montré en médecine générale dans notre pays que, si soignants et soignés sont relativement en accord concernant les aspects concrets de la consultation, la réalisation d'actes notamment, ils le sont beaucoup moins sur les autres contenus, notamment ce qui touche aux comportements. De même, il existe des concordances et des discordances sur la santé perçue qui varient en fonction du niveau d'éducation du patient, ce qui peut être à l'origine de divergences d'appréciation quant à la nature des attentes des uns et des autres vis-à-vis des soins et qui semblent différenciées selon l'appartenance sociale [92].

Les facteurs individuels à l'origine des inégalités secondaires sont potentialisés par les causes systémiques. Les inégalités territoriales de répartition de l'offre de soins se font avant tout au détriment des personnes



d'origine modeste pour lesquelles l'éloignement est un facteur limitant l'accès à des soins spécialisés, qu'il s'agisse des habitants de certains quartiers des grandes métropoles ou ceux des zones rurales. Les cloisonnements multiples de l'offre exposent également ceux qui savent le moins bien s'en servir à des discontinuités. Il ne suffit pas, par exemple, de mettre en place un dépistage bucco-dentaire à base scolaire pour que les enfants des quartiers défavorisés, qui cumulent effectivement les caries, se fassent soigner, y compris avec un mécanisme de facilitation financière [3]. D'autres facteurs structurels entrent en jeu, comme la conception architecturale des locaux : l'exiguïté de certaines salles d'attente, pas seulement en ville, limite l'accès collectif (quand le groupe représente la protection qui autorise le recours) et expose crûment au regard d'autrui. La faiblesse des systèmes d'information est un frein puissant à une pratique plus systématique qui limite les loupés, soit qu'ils permettent très difficilement d'avoir une vision collective sur une patientèle et la différenciation de ses besoins, soit qu'ils soient dépourvus de dispositifs de rappels (*reminders*) qui sécurisent la pratique en évitant des oublis. L'absence de responsabilité populationnelle des acteurs de soins a longtemps été un obstacle à la prise en compte des ISS. Il reste à apprécier dans quelle proportion deux mesures récentes permettront d'y remédier, la réforme du médecin traitant pour la ville depuis la loi de 2004 portant réforme de l'assurance maladie et la territorialisation de l'offre de soins hospitaliers avec la loi « HPST » de l'autre.

Enfin, le paradigme curatif dominant guidant la construction de l'offre de soins fait le lit d'inégalités de soins préventifs et probablement de soins de réadaptation ou d'accompagnement psycho-social. Il explique la fragilité des dispositifs de prévention collectifs (services de PMI diversement financés selon les départements, services de santé scolaire et universitaire manquant d'effectifs et de moyens, médecine du travail indépendante ravalée au rang de service de santé au travail dont la pluridisciplinarité ne compense pas la perte d'indépendance). Il se traduit dans le reste du système par une attention insuffisante portée en routine aux soins préventifs. Du fait de la différenciation sociale des besoins, la prise en charge indiscriminée qui en résulte laisse perdurer « par omission » des inégalités de prise en charge et elle peut même les aggraver si elle est le fait de la source de soins dominante [86]. Enfin, la stratification sociale impressionnante du résultat de certains soins curatifs, comme il a été observé pour l'hypertension artérielle par le groupe de Thierry Lang, nécessiterait d'identifier la capacité d'actions d'accompagnement psycho-social et (ou) d'éducation thérapeutique à réduire le gradient de santé observé indépendamment d'actions plus globales sur les conditions de vie et de travail.

Les inégalités de soins s'expliquent aussi par la construction des référentiels de pratique. Si certains

tiennent compte de la nécessité d'appréhender l'environnement des personnes dans la prise en charge (les recommandations de prise en charge de la lombalgie chronique prévoient explicitement l'intervention du médecin du travail), les recommandations relatives à la maîtrise du risque cardio-vasculaire ne prévoient pas la prise en compte de facteurs psycho-sociaux (qu'il s'agisse de l'exposition au bruit ou au stress en matière d'hypertension artérielle) dans le calcul du risque individuel, alors qu'ils sont aussi puissants que les facteurs biocliniques. Le retard au traitement a pu être chiffré et il se compte en années. Au-delà des référentiels de pratique clinique, les dispositifs d'évaluation des « performances » des services ne comportent pas de regard sur leur équité ; sans mesure, il est difficile de se fixer des objectifs et encore plus d'évaluer leur atteinte.

### Des pistes d'amélioration ?

Les défis à relever tiennent aux acteurs individuellement et au système collectivement. Du côté des acteurs, il faut s'intéresser à la fois aux « soignés » et aux soignants. Côté soignés, renforcer les compétences des individus et des groupes pour leur permettre de préserver leur santé dans le système de contraintes liées aux conditions de vie et de travail qui sont les leurs, et de faire le meilleur usage des ressources du système de soins quand ils sont malades, est probablement une première nécessité. Cela suppose une politique d'éducation pour la santé et de promotion de la santé volontariste encore largement étrangère à de larges pans du système de soins en dehors des dispositifs de prévention collective. De leur côté, les professionnels doivent corriger ce que Jonathan Mann appelait leur « socioparésie » et adapter leur démarche de soins à l'appartenance sociale des personnes et de leur habitus. L'enjeu est lourd puisqu'il questionne tant la formation initiale et continue que les référentiels de pratique et les dispositifs d'évaluation trop souvent aveugles sur la dimension sociale des problèmes de santé.

Cette évolution des connaissances, représentations et pratiques individuelles nécessite des compléments systémiques. La préservation d'une protection sociale solidaire est un pré-requis absolu. Un rééquilibrage du système en faveur de la prévention et de l'« empowerment » des personnes est également nécessaire, ce qui passe aussi bien par le renforcement des dispositifs collectifs organisés que par une adaptation des modalités de rémunération des professionnels (et de financement des établissements de santé), ainsi que de leurs modalités d'exercice en faveur d'une pratique plus coordonnée et pluriprofessionnelle. Enfin, comme le souligne le HCSP, faire évoluer nos systèmes d'information, de pilotage comme de contrôle, pour qu'ils permettent de suivre les ISS et évaluer l'impact des interventions à même de les réduire est un autre chantier de haute importance. 📌

# Expositions environnementales et inégalités sociales de santé

Ce numéro d'adsp montre que, malgré un allongement continu de l'espérance de vie et une amélioration générale de l'état de santé de la population, les inégalités sociales devant la maladie et la mort ne se sont pas amendées mais, au contraire, ont eu tendance à s'accroître au cours des deux dernières décennies [49]. Constantes en Europe, ces inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées en France.

D'autres articles de ce numéro spécial sont consacrés aux facteurs socio-économiques, éducatifs et comportementaux qui pèsent de manière majeure sur ces inégalités. Une littérature plus récente, principalement d'origine nord-américaine et nord-européenne, indique que la qualité des milieux de vie peut aussi concourir aux inégalités de santé. Comme le souligne un rapport récent de l'OMS-Euro<sup>1</sup>, les groupes socio-économiquement défavorisés sont souvent à la fois plus exposés à des nuisances et pollutions environnementales et plus sensibles aux effets sanitaires qui en résultent, en raison d'un état sanitaire comparativement dégradé et d'un moindre accès aux soins. Le premier phénomène rend compte d'un « différentiel d'exposition », alors que le second exprime un « différentiel de vulnérabilité ». Au travers de ces deux mécanismes agissant de manière indépendante ou combinée, les populations défavorisées pourraient souffrir plus fortement des effets sanitaires de facteurs de risque environnementaux. Dans ce texte, le terme « environnement » sera utilisé dans son acception matérielle (la qualité chimique, physique et [micro] biologique des milieux de vie), mais on comprendra vite que cet environnement est très immergé dans son milieu social.

## L'environnement, une contribution aux inégalités sociales de santé

La littérature investiguant le lien entre expositions environnementales et inégalités sociales de santé est de plus en plus abondante en Europe. Elle concerne cependant surtout le différentiel d'exposition et s'est encore peu intéressée au différentiel de vulnérabilité. Quelques exemples illustratifs sont passés en revue.

### La pollution atmosphérique

Différents cas de figures ressortent de la littérature européenne. De nombreuses études montrent que les personnes les plus défavorisées sont plus exposées à la pollution atmosphérique liée au trafic ou aux émissions industrielles [79]. Mais d'autres, dans certaines

grandes agglomérations marquées par un intense trafic automobile, mettent en évidence une relation inverse [42]. La réduction considérable des pollutions industrielles historiques au cours des trente dernières années s'est accompagnée d'une croissance des émissions liées au trafic automobile, habituellement plus dense dans les hyper-centres où résident souvent, dorénavant, des catégories sociales plus aisées. Au sein d'un même pays, la géographie urbaine, fruit de l'histoire de chaque cité, se traduit également par des situations contrastées d'une ville à l'autre.

En revanche, l'ensemble des études s'accordent à dire que, même lorsque les sujets de milieux sociaux défavorisés résident dans des secteurs urbains moins affectés par la pollution, les conséquences sanitaires de cette exposition sont plus marquées que pour des milieux plus aisés<sup>2</sup> [33]. Cela résulte de divers processus qui conjuguent leurs effets : une plus grande vulnérabilité (état de santé précaire, comportements peu « hygiéniques », moindre recours aux soins), la possibilité qu'ont généralement les classes aisées d'échapper aux effluves des pots d'échappement (le temps d'un week-end ou des congés) et la qualité souvent dégradée de l'habitat et des conditions de travail des personnes d'origine modeste.

### Expositions aux industries polluantes ou classées à risque

L'histoire industrielle des pays modernes et les politiques de l'emploi ont conduit à l'agrégation des zones de résidence de la main-d'œuvre ouvrière au voisinage des entreprises. Dans ce paysage, marqué par des forts écarts du prix de l'immobilier, les autorisations d'implantations nouvelles privilégient encore les sites déjà denses en activités polluantes. Ainsi, au Royaume-Uni, il y a plus de quatre fois plus de chances que des industries relevant de la réglementation européenne IPC (*Integrated Pollution Control*) soient autorisées dans les secteurs les plus pauvres que dans les secteurs les plus privilégiés [15]. Bien qu'il soit à ce jour difficile de produire une image fiable au plan européen, le constat britannique a sans doute valeur générale. Ainsi, en France, la répartition spatiale des 52 installations industrielles relevant du registre européen EPER dans la zone de Lille métropole a été étudiée dans le cadre d'un programme de recherche sur les inégalités sociales d'exposition aux risques environnementaux (projet Equit'Area). Cette analyse confirme que les unités territoriales Iris de l'Insee se situant dans la catégorie

### Séverine Deguen

Professeur, École des hautes études en santé publique (EHESP), Rennes, Institut de recherche en santé-environnement-travail (IRSET), Rennes

### Denis Zmirou-Navier

Professeur de santé publique, École des hautes études en santé publique (EHESP), Rennes, Institut de recherche en santé-environnement-travail (IRSET), Rennes, Nancy Université, Faculté de médecine Inserm U954, Nancy, membre du HCSP

### Unités territoriales Iris

Regroupement d'îlots en fonction de facteurs socio-économiques communs. Il peut s'agir soit d'un découpage des grandes communes défini par l'Insee (620 communes, dont toutes les communes de plus de 30 000 habitants), soit de communes entières. Aucun Iris ne compte plus de 30 000 personnes.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.

1. <http://www.euro.who.int/en/home/conferences/fifth-ministerial-conference-on-environment-andhealth/documentation/policy-briefings/social-and-gender-inequalities-in-environment-and-health>

2. <http://www.euro.who.int/en/home/conferences/fifth-ministerial-conference-on-environment-andhealth/documentation/policy-briefings/social-and-gender-inequalities-in-environment-and-health>



## Les inégalités sociales de santé

la plus élevée d'un indice de défaveur socio-économique [51] sont localisées près des sites industriels [32]. De même, il a été montré que les villes ayant la plus grande proportion de résidents d'origine étrangère avaient plus de chance d'être proches de sites de stockage de déchets dangereux, après ajustement sur la taille de la commune et le revenu moyen [62].

### Expositions aux nuisances sonores

Les données Eurostat sur les revenus et les conditions de vie<sup>3</sup> indiquent, en 2009, une prévalence déclarée des bruits de voisinage ou de la rue un peu plus élevée, en moyenne, parmi les personnes dont le revenu se situe à moins de 60 % du revenu médian qu'au-dessus. Des différences importantes sont observées selon les pays, l'Europe du Sud (sauf l'Italie) et les pays Baltes montrant au contraire des fréquences plus élevées d'exposition aux nuisances sonores pour des revenus supérieurs.

### Expositions aux polluants à l'intérieur du logement

Il est établi depuis longtemps que la qualité du logement influence fortement l'état de santé des membres du foyer, et singulièrement des enfants [13]. Un logement ne disposant pas de toilettes intérieures, de bain ou douche, ou sur-occupé, est associé à des faibles revenus dans tous les pays de l'Union européenne. À ce manque de commodités est associé souvent un cortège de plaies liées à l'humidité, au confinement (et la mauvaise qualité de l'air), au manque de lumière, à une mauvaise hygiène, facteurs de risque de nombreuses pathologies, notamment infectieuses et respiratoires, ou d'intoxications au monoxyde de carbone.

### Cumul d'expositions environnementales

La majorité des études ne considèrent qu'une seule nuisance à la fois. Or chacun est soumis à un cocktail d'expositions environnementales cumulés tout au long de la vie. Et, souvent, les territoires défavorisés conjuguent des nuisances variées (bruit du trafic, pollution atmosphérique, habitat dégradé...). Les études conduites aux Pays-Bas dans la région de Rijnmond ou dans le Yorkshire anglais expriment bien cette situation [40, 57]. Isoler les effets de ces différentes nuisances est souvent illusoire, et la recherche doit plutôt s'orienter vers la construction d'indices de multi-exposition. De plus, les personnes qui résident dans ces territoires occupent souvent des emplois où elles sont exposées à d'autres facteurs de risque, avec des horaires de travail irréguliers ou décalés, des charges physiques, du bruit ou l'utilisation de produits dangereux. Les temps de trajet domicile-travail peuvent être longs, notamment dans les grandes agglomérations urbaines, et vont induire fatigue, stress ou inhalation de polluants nocifs dans le trafic automobile ou le métro.

3. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/dataset?p\\_product\\_code=ILC\\_MDDW01](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=ILC_MDDW01)

### Des clés pour agir

Pour agir, il faut d'abord connaître et comprendre. Cette intelligence des problèmes se heurte en France à de sérieuses difficultés d'accès à l'information pertinente. Ainsi des données de mortalité ; pour des raisons de confidentialité et par tradition administrative, l'information disponible est agrégée à l'échelle communale, échelle trop grossière pour rendre compte des inégalités sociales, tant peuvent y être grands les contrastes sociaux et démographiques au sein du territoire. Si l'on s'intéresse à la morbidité, les obstacles pour disposer de données à une échelle géographique fine sont encore plus grands. L'unité géographique adéquate pour aborder cette problématique en France est l'Iris (territoire équivalent au « *census block* » anglo-saxon). Accéder à des données socio-économiques, environnementales et sanitaires à cette échelle est à ce jour un véritable défi. Le développement de systèmes d'information réunissant ces données à une même échelle géographique lèverait un frein majeur, commun à toutes les études investiguant les inégalités sociales.

### Conclusion

L'impact d'un environnement dégradé sur l'état de santé de la population est connu. La réduction de cette menace a d'ailleurs représenté, dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, la matrice sur laquelle se sont construits les systèmes de santé publique en Europe. L'organisation de nos sociétés et des cités qu'elles ont édifiées au fil de l'histoire relègue les catégories sociales modestes ou pauvres dans des territoires où les milieux de vie portent les traces de la pollution accumulée, dans des logements de médiocre qualité, dans des métiers où les conditions de travail sont pénibles voire dangereuses. Si la conquête de nos villes par l'automobile — et ses pollutions induites — a pu, parfois, perturber cet ordre des choses, les nombreux travaux de « justice environnementale » soulignent le caractère général de l'inégale exposition des catégories sociales aux nuisances et pollutions et aux risques pour la santé qui en résultent.

Miroirs, à l'échelle individuelle, de cette longue histoire sociale, les parcours de vie des personnes voient s'accumuler dès la prime enfance les effets inégaux de cette « pression environnementale » et en portent les stigmates au fil des âges. Ainsi, on peut dire que les inégalités face aux risques induits par l'environnement se manifestent à la fois « en direct », par ses effets nocifs à court terme ou après certaines latences, et « en différé », au travers de vulnérabilités individuelles construites depuis l'enfance par l'effet combiné des stress et agressions endurés, de modes de vie peu favorables à la santé et d'un pauvre accès aux soins. Complétant l'aphorisme de Pierre Bourdieu, prenons conscience que « *Le corps et l'environnement physique sont dans le monde social, mais (que) le monde social et l'environnement physique sont dans le corps* ».



## Travail et inégalités sociales de santé

Les débats autour de la pénibilité du travail et de l'âge de la retraite ont rappelé que les conditions de travail contribuent à ce que les ouvriers décèdent plus tôt, et souffrent de limitations d'activité dans la vie quotidienne et d'un état de santé dégradé [16]. Le travail constitue en effet l'un des déterminants des inégalités sociales de santé ; les expositions professionnelles impliquent des risques pour la santé, répartis inégalement du point de vue social pour la plupart d'entre eux. Une autre dimension est celle du « non-travail » et des conditions d'emploi, qui ont des liens avec la santé tout en contribuant à déterminer la situation sociale [66].

La réponse à la question du rôle du travail ne se résume pas en quelques chiffres. Ce qui suit propose des pistes pour aborder ce sujet, en privilégiant la littérature la plus récente sur la mortalité et la santé perçue, et en prenant pour exemple deux problèmes de santé fréquents, les troubles musculosquelettiques (TMS) et lombalgies, et les troubles dépressifs. Le premier permet de documenter la question des effets des expositions professionnelles ; le second donne l'occasion d'évoquer la complexité des liens entre conditions d'emploi et santé. Sur cette dernière question, et pour une approche plus générale, le réseau Emconet (*Employment Conditions Network*) est une source de données et de résultats récents [11].

### Comment quantifier ?

Beaucoup des travaux évoqués ici sont basés sur une approche méthodologique classique dans le domaine des inégalités sociales de santé : une première étape consiste à quantifier les inégalités sociales (en fonction du niveau d'études, de la profession et catégorie socio-professionnelle (PCS), ou d'un autre indicateur) en calculant des risques relatifs (RR) ou des *odds-ratios* (OR) associés aux catégories considérées. Dans une seconde étape, les mêmes quantités sont calculées après avoir pris en compte un ou plusieurs facteurs professionnels ; l'ampleur de la réduction après prise en compte de ces facteurs s'interprète comme la part « expliquée » par les facteurs professionnels concernés. Le calcul suppose cependant qu'il soit pertinent d'imaginer une situation où les expositions professionnelles « disparaîtraient » ou seraient de même ampleur dans toutes les catégories sociales ; cela est le plus souvent réaliste quand il s'agit d'expositions exogènes, par exemple à des cancérogènes, car les mêmes tâches pourraient (plus ou moins facilement) être réalisées sans exposition ou à des niveaux réduits d'exposition. La situation est plus complexe quand il s'agit d'expositions psychosociales telles que l'autonomie dans le travail.

S'il est en général possible de quantifier la part des inégalités « dues au travail », cette quantification est

imprécise pour des raisons statistiques. Calculer des intervalles de confiance sur la part expliquée n'est pas immédiat, et une fois obtenus des intervalles de confiance, ceux-ci peuvent se révéler être très larges [89].

### Mortalité et santé perçue, le rôle des expositions professionnelles

Quelques études ont cherché à quantifier le rôle des expositions professionnelles dans les inégalités de mortalité ou de santé perçue ; deux résultats récents sont basés sur des données françaises. La première étude a été menée sur environ 2 000 hommes et 2 000 femmes de l'enquête Lorhandicap, qui ont répondu en 1996 à un questionnaire et dont la mortalité est connue pour la période 1996 – 2008 [80]. Les facteurs professionnels (expositions biomécaniques, physiques, contrat temporaire, faible soutien social au travail) expliquent 41 % du rapport de mortalité entre les ouvriers et les cadres, celui-ci passant de 1,71 à 1,42 après ajustement. Si les calculs sont restreints à la mortalité prématurée (avant 70 ans), la part d'explication s'élève à 72 % (de 1,88 à 1,25). La contribution des facteurs professionnels est plus importante pour les hommes que pour les femmes.

Différentes études ont abordé la même question concernant la santé auto-déclarée, ou des composantes de la santé en général [1, 76, 81]. Dans l'étude de Monden, les auteurs concluent que, pour les hommes, environ un tiers des différences d'état de santé entre niveaux d'études sont liées aux expositions professionnelles, et que les expositions passées, tout au long de la vie professionnelle, sont à prendre en compte. Pour les femmes, seule une faible part des différences pourrait être expliquée par les conditions de travail. Une des conclusions, à la lecture des résultats des différentes études, est que les valeurs numériques obtenues peuvent varier assez notablement. Une des raisons tient à la liste des variables classées comme « professionnelles », plus ou moins large d'une étude à une autre. Ce qui concerne le contrat de travail et la précarité de l'emploi, en particulier, peut être si intrinsèquement lié à la situation sociale qu'une modification du statut de l'emploi entraîne automatiquement une modification de la situation sociale. Les résultats des études suggèrent fortement que la contribution des expositions chimiques, physiques et biomécaniques est importante pour expliquer les écarts entre ouvriers et cadres, la contribution des expositions psychosociales étant plus importante en ce qui concerne les écarts entre employés et cadres. Les résultats varient également selon les dimensions de santé prises en compte. Ainsi, un tiers des écarts observés dans la fréquence des accidents du travail entre les cadres et les ouvriers est « expliqué » par le seul facteur « exposi-

**Annette Leclerc**

Chercheur

**Isabelle**

**Niedhammer**

Chercheur

**Sandrine Plouvier**

Étudiante en thèse

**Maria Melchior**

Chercheur

Épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé, U1018, Inserm, Villejuif, et université de Versailles Saint-Quentin

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.



## Les inégalités sociales de santé

tions physiques au travail », qu'il s'agisse des hommes ou des femmes [81].

### TMS et lombalgies

Le projet de surveillance des TMS dans les Pays de la Loire a permis de documenter le rôle de certaines expositions professionnelles dans les différences de fréquence de TMS entre travailleurs manuels et non manuels [72]. Dans cet échantillon de salariés, proche de l'ensemble des salariés de la région, l'étude s'est intéressée à la présence d'au moins un trouble touchant le membre supérieur dans la liste des six les plus fréquents, incluant le syndrome du canal carpien et les troubles touchant l'épaule. La répétitivité des mouvements et la force exercée expliquent 52 % des différences observées chez les hommes, et 57 % de celles observées chez les femmes. Les pourcentages d'explication sont encore plus élevés s'il s'agit de troubles plus précis, troubles de l'épaule (pour les hommes et les femmes), et syndrome du canal carpien (pour les femmes). L'étude montre que, dans des milieux de travail caractérisés par des problèmes de santé spécifiques (ici les TMS) en lien avec des expositions professionnelles spécifiques, réduire les expositions aurait des effets quantifiables sur la fréquence des troubles, et aussi sur leur répartition sociale.

Concernant les lombalgies, deux études menées en France ont cherché à quantifier la part des expositions professionnelles dans la survenue ou la présence de lombalgies. La première a été menée au sein de la population masculine d'un sous-ensemble de la cohorte Gazel, constituée de volontaires des entreprises EDF-GDF [89]. La présence de lombalgies plus de 30 jours dans les 12 derniers mois, documentée en 2001, a été mise en relation avec la situation sociale et avec les expositions professionnelles passées. La prévalence de lombalgies est de 10,3 % parmi les cadres et de 20,2 % parmi les ouvriers. La différence est expliquée à 73 % par les contraintes biomécaniques et posturales (conduite automobile, travailler penché en avant ou en arrière, torsions du tronc, port de charges lourdes); les expositions psychosociales n'apportent qu'une contribution minime (11 %).

La seconde étude a utilisé les données transversales de l'enquête décennale Santé menée en 2003 par l'Insee auprès d'un échantillon représentatif de la population française. Les enquêtés pris en compte ici sont les 15 534 sujets de 30 à 69 ans ayant répondu à des questions sur leurs expositions professionnelles passées [65]. La présence de douleurs au bas du dos (plus de 30 jours dans les 12 derniers mois) est fortement liée au niveau d'études, pour les hommes plus que pour les femmes. Les écarts observés pour les hommes se maintiennent si l'on prend en compte des caractéristiques personnelles telles que la surcharge pondérale. Par contre, une fois prise en compte l'exposition passée aux postures fatigantes et au port de charges, le rôle propre du niveau d'études disparaît.

Pour les femmes, l'existence d'une surcharge pondérale (plus fréquente parmi les femmes ayant un faible niveau d'études) explique une partie des différences sociales observées.

### Troubles dépressifs

La prévalence de problèmes de santé mentale varie selon la situation sociale, en France comme dans d'autres pays. Cependant, les catégories socioprofessionnelles présentant un risque accru ne sont pas systématiquement celles situées le plus bas dans l'échelle sociale, et la présence de difficultés économiques pourrait être ici un meilleur indicateur que la profession ou le niveau d'études [58]. Dans l'enquête décennale Santé, la fréquence la plus élevée de troubles dépressifs, évalués à partir des réponses au CES-D (*Center for Epidemiological Studies - Depression scale*), est observée pour les employés [23]. Globalement, les différences sociales dans la prévalence des symptômes dépressifs sont « expliquées » par les expositions psychosociales au travail; pour les hommes, il s'agit du manque de coopération au travail, du travail répétitif, de ne pas pouvoir quitter son travail des yeux, et de devoir faire face aux demandes du public ou des clients; pour les femmes, on retrouve le manque de coopération, le travail répétitif, et également être souvent interrompue dans son travail. Les auteurs concluent cependant que les facteurs liés aux troubles ne sont pas les mêmes d'une PCS à une autre. Ils rappellent aussi que dans une enquête transversale comme l'enquête Santé, l'interprétation causale des associations observées reste délicate.

Les données issues de la même enquête permettent de documenter les liens entre symptômes dépressifs et statut dans l'emploi [91]. Une très forte association est retrouvée avec le temps partiel subi, pour les hommes comme pour les femmes, alors que les salariés en temps partiel choisi sont tout à fait comparables à ceux travaillant à temps complet. Pour les femmes, la fréquence de symptômes dépressifs est significativement accrue chez celles dont le contrat est à durée déterminée. Ici, les auteurs n'étudient pas la situation des personnes sans emploi ou au chômage. Les travaux de Benach et d'autres participants au projet Emconet rappellent en quoi certains statuts vis-à-vis de l'emploi dégradent la santé, particulièrement dans la sphère mentale [11]. Si être au chômage ou en inactivité forcée est défavorable, il ne faudrait pas conclure que travailler est toujours mieux du point de vue de la santé mentale. En fait, on peut penser que certaines catégories de « travailleurs pauvres » ou de salariés en bas de l'échelle sociale subissent les inconvénients liés au fait de travailler, sans beaucoup bénéficier des avantages, qu'il s'agisse du revenu ou du statut social. Pour réduire les inégalités sociales de santé observées pour les troubles dépressifs, il est nécessaire d'identifier les groupes les plus vulnérables, et de s'interroger sur ce qui augmente le risque de souffrir de troubles dépressifs dans cette population spécifique, qu'il s'agisse par exemple de

l'insécurité de l'emploi, du manque de flexibilité, de difficultés économiques ou de difficultés à concilier les exigences familiales et professionnelles [58, 71, 96].

### Réduire les inégalités sociales de santé par une réduction des expositions professionnelles, quelles priorités ?

On peut se demander sur quelles expositions professionnelles, plus précisément, il conviendrait d'agir en priorité pour réduire les inégalités sociales de santé. Les expositions qui seraient à privilégier sont celles qui sont des facteurs de risque de problèmes de santé bien identifiés, et qui par ailleurs sont plus fréquentes dans les catégories sociales défavorisées. À titre d'exemple, la répétitivité des gestes, la manutention manuelle de charges, l'exposition à des produits chimiques, dont des substances cancérigènes, sont des expositions qui touchent plus souvent les catégories sociales défavorisées [29]. La latitude décisionnelle, autrement dit la liberté dans le travail, est aussi très inégalement répartie du point de vue social. On pourrait penser que cette variable est intrinsèquement liée à la situation sociale et qu'il n'est pas possible de la modifier ; cependant, c'est une variable sur laquelle on peut agir, à l'échelle d'un atelier ou d'un collectif de travail, en augmentant

les marges de manœuvre des opérateurs. Une piste complémentaire aux précédentes concerne les travailleurs les plus défavorisés du point de vue de leur statut ou de leurs conditions d'emploi (travail précaire, temps partiel subi, manque de flexibilité associé à un bas salaire...), qui peuvent être exposés à des contraintes spécifiques, conséquences des conditions auxquelles ils doivent faire face dans la vie au travail, dont des difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale.

### Conclusion

Ce qui précède montre que les données françaises issues de vastes enquêtes permettent de quantifier le rôle des expositions professionnelles dans les inégalités sociales de santé, tout en s'appuyant sur la littérature internationale ; au-delà de la quantification des effets, il serait possible, dans de nombreuses situations, de quantifier aussi le gain attendu — en termes de réduction des inégalités, ou d'amélioration de la santé dans des sous-groupes professionnels ou sociaux — de politiques de prévention ciblées en milieu de travail, politiques qui permettraient au plus grand nombre de se maintenir en bonne santé tout au long de la vie professionnelle, et de continuer à bénéficier d'une bonne santé au-delà de l'âge de la retraite. 📌

## L'évaluation d'impact sur la santé : un moyen de réduire les inégalités sociales de santé

Inspirées des études d'impact environnementales, les évaluations d'impact sur la santé (EIS) constituent un moyen d'estimer *a priori* (*ex ante*) les effets d'une intervention publique sur la santé, et la distribution de ces effets dans la population. En analysant les conséquences entre plusieurs options, elles constituent une aide à la décision publique. Se référant à un modèle global de santé, elles représentent une manière concrète de développer l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Elles constituent enfin une opportunité de débat public sur les problèmes de santé et leurs déterminants. Toutes ces caractéristiques en font un outil important de réduction des inégalités sociales de santé.

« L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche structurée et collaborative qui, à l'aide de différents outils et méthodes, mobilise les savoirs de santé publique et d'autres types de savoirs pertinents, afin d'estimer les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé de la population, et la distribution de ces effets au sein de celle-ci, afin de fournir des informations utiles aux décideurs<sup>1</sup> ».

1. St-Pierre L. *Approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementales*. Union internationale de promotion

Son objectif central est bien d'éclairer les choix en matière de politique publique. Elle constitue aussi une opportunité de réunir l'ensemble des parties prenantes autour d'un projet et recueillir leurs avis sur les questions de santé ainsi posées.

L'évaluation d'impact sur la santé s'inscrit en outre dans les modèles considérant les déterminants larges de la santé (*cf.* schéma ci-après). Ces modèles invitent à une intégration de la santé dans toutes les politiques, les autorités de santé conservant un rôle majeur en engageant et soutenant les autres administrations et partenaires à produire des politiques responsables sur le plan de la santé.

Ainsi, l'EIS constitue un moyen de réduction des inégalités sociales de santé (ISS) à double titre :

- elle est une manière opérationnelle de considérer la santé dans les politiques susceptibles d'agir notamment sur les déterminants sociaux ;
- Elle étudie la répartition des conséquences sanitaires potentielles d'une disposition ou d'un projet entre les groupes sociaux.

de la santé et d'éducation pour la santé. Décembre 2009, rapport non publié.

**Nicolas Prisse**  
Médecin de santé publique, Bureau programmation, synthèse, évaluation, direction générale de la Santé



## Les inégalités sociales de santé

Une vaste étude menée sur 17 exemples d'évaluation d'impact sur la santé issus de 15 pays européens a conclu effectivement à la capacité de cette pratique à influencer le processus de prise de décision et à accroître la sensibilité des décideurs envers les déterminants larges de la santé [105].

La proximité de l'EIS avec la problématique des inégalités sociales de santé est encore attestée par les valeurs de référence, inscrites dans le consensus de Göteborg (OMS, 1999), qui sous-tend l'action de nombreux États ou organismes :

- La démocratie, en insistant sur le droit de la population à participer à une démarche transparente tant dans la formulation que dans l'application et l'évaluation de politiques qui concernent sa vie, à la fois directement et par l'intermédiaire des décideurs politiques.
- La justice sociale, en insistant sur le fait que les évaluations d'impact sur la santé ne se limitent pas à rechercher l'impact global d'une politique donnée sur la santé de la population, mais aussi la répartition de cet impact au sein de la population, en accordant une attention particulière aux plus vulnérables.
- Le développement durable, en prenant en compte les impacts plus ou moins directs aussi bien à long terme qu'à court terme.
- Le « caractère éthique des données probantes », parce que l'utilisation de données quantitatives et qualitatives doit être rigoureuse, transparente et fondée sur des disciplines et méthodes scientifiques pour que l'évaluation des impacts attendus soit aussi complète et impartiale que possible.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.

En dépit de la variabilité des évaluations d'impact sur la santé, la procédure la plus communément admise repose sur cinq phases.

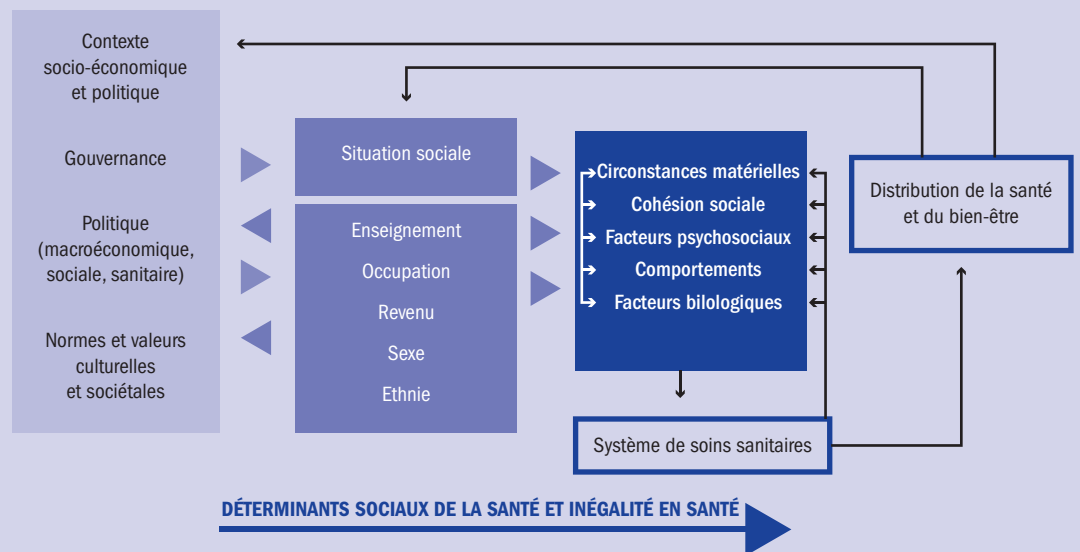
- *Screening* : phase courte qui permet d'estimer si le sujet mérite ou non de conduire une EIS, à quelle échelle, pour quelle échéance etc. ;
- Délimitation du champ et planification du travail : on essaie là de modéliser les divers déterminants, populations susceptibles d'être affectées par la décision publique ; on en déduit la méthode et l'organisation des travaux adaptées ;
- Appréciation de l'impact proprement dit, grâce à l'analyse de données issues de la littérature scientifique et/ou « grise », d'enquêtes, d'entretiens et/ou de débats publics ;
- Présentation des conclusions aux décideurs, selon les différentes options ;
- Évaluation du processus ; suivi des recommandations.

Toutefois, pour conduire une évaluation d'impact sur la santé, il n'existe pas de méthodologie unique et idéale [75]. Celle-ci doit être décidée en fonction du contexte, de la problématique et s'appuyer sur les principes et méthodes recommandés pour toute évaluation de politique publique. Deux questions particulières sont souvent à trancher lors de l'organisation d'une EIS :

- l'évaluation doit-elle s'attacher à analyser plusieurs scénarios, proposant ainsi diverses options aux décideurs ?
- quelle approche ou combinaison d'approches choisir : quantitatives (voire exclusivement monéta-

figure 1

### Cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS



Source : tiré et modifié de Solar et Irwin, 2007.

ristes), qualitatives (incluant notamment l'analyse de données recueillies directement auprès des bénéficiaires potentiels de la politique évaluée) ou mixte ?

### Des expériences variées et des ressources accessibles

Les expériences conduites jusqu'ici prouvent que les évaluations d'impact sur la santé recouvrent des réalités très diverses. Elles peuvent :

- être de niveau supranational, national, régional ou local ;
- porter sur un projet local circonscrit comme sur une directive européenne ;
- être conduites isolément ou intégrées à une étude d'impact plus globale ;
- être institutionnalisées comme relever d'une initiative ponctuelle.

L'OMS publie de nombreuses ressources relatives aux EIS sur son site<sup>2</sup>. Le réseau des villes santé de l'OMS diffuse également des documents incitant et soutenant les responsables municipaux dans les démarches d'évaluation d'impact sur la santé. Le bureau régional OMS-Europe a d'ailleurs fait de leur développement un des principaux objectifs de la phase IV du programme Villes-Santé.

Au niveau de la Commission européenne, les EIS sont conduites dans le cadre plus global des analyses d'impact<sup>3</sup>. Celles-ci sont produites par la direction générale porteuse d'une nouvelle politique. L'étude porte sur de nombreux domaines : droits fondamentaux, économie, social (dont santé), environnement, charge administrative, etc. La Commission a publié en 2009 des lignes directrices pour aider les directions générales à conduire ces études. Elles répertorient et expliquent les méthodologies qui peuvent être envisagées pour quantifier, voire monétiser, des impacts non marchands, tels que sanitaires. Elles guident également les directions en proposant des questionnements pour les différents domaines. Des aides méthodologiques pour les EIS appliquées aux politiques européennes (EPHIA) ont également été établies par un groupe projet soutenu par la Commission, rassemblant des instituts nationaux de santé publique et des universitaires<sup>4</sup>.

Au Québec, l'article 54 de la loi sur la santé publique, adoptée en décembre 2001, oblige les ministères et organismes du gouvernement à s'assurer que leurs décisions législatives n'ont pas d'effets négatifs sur la santé de la population<sup>5</sup>. Il octroie également au ministère de la Santé et des Services sociaux un pouvoir d'initiative qui lui permet de proposer des avis pour promouvoir la santé.

En Angleterre, il n'y a pas d'obligation légale, mais le NHS promeut l'évaluation d'impact sur la santé à tous

les niveaux de territoires, notamment comme un moyen de lutte contre les inégalités sociales de santé. Il a émis un certain nombre de recommandations en ce sens<sup>6</sup>. Le gouvernement régional de Londres a, depuis 2000, soumis l'ensemble de ses stratégies à un processus d'EIS. La London Health Commission propose sur son site des documents théoriques et des études de cas<sup>7</sup>. Les autorités sanitaires et universitaires de Liverpool se sont regroupées pour publier un guide reconnu de procédures et de méthodes pour les EIS (*The Merseyside guidelines*), valable pour le niveau local comme pour le niveau national et accessible sur le site de l'OMS.

Les gouvernements gallois et écossais cherchent également à développer la pratique des EIS. À Cardiff, un service dédié (*Welsh Health Impact Assessment Unit*) est chargé de mettre en relation les divers institutions ou partenaires concernés, diffuser des informations et des outils, dispenser des formations, etc<sup>8</sup>.

En Suisse, des collectivités, des universitaires et des associations se sont regroupés (EIS plateforme) pour mettre en commun, capitaliser et valoriser leurs connaissances et expériences et, ainsi, développer la pratique des EIS dans le pays. Un guide d'introduction à la pratique de l'évaluation d'impact sur la santé est téléchargeable sur <http://www.impactsante.ch/spip/>.

### En France, un dispositif national innovant et des pratiques à développer au niveau régional et local

En France, une certaine forme d'évaluation d'impact sur la santé trouve un cadre dans le processus de production des études d'impact à l'appui des projets de loi. Il résulte en effet de la loi constitutionnelle du 23 juillet 2008 et de la loi organique du 15 avril 2009 que le gouvernement a l'obligation de transmettre au Conseil d'État et au Parlement, à l'appui des nouveaux projets de loi, une étude d'impact répondant à des prescriptions précisément définies par le législateur. Le ministère porteur doit, entre autres, exposer avec précision « l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales, ainsi que des coûts et bénéfices financiers attendus des dispositions envisagées pour chaque catégorie d'administrations publiques et de personnes physiques et morales intéressées, en indiquant la méthode de calcul retenue ».

C'est le Secrétariat général du gouvernement (SGG) qui, avec l'aide d'un réseau de correspondants dans les directions d'administration centrale, est au cœur de ce dispositif. Il contrôle la conformité de l'étude finalement produite, avec le cabinet du Premier ministre. Le Conseil d'État et les présidents de chaque assemblée ont aussi la possibilité de bloquer le texte, si l'étude est jugée non conforme. Pour faciliter le travail du ministère porteur

2. <http://www.who.int/hia/en/>

3. [http://ec.europa.eu/governance/impact/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/governance/impact/index_en.htm)

4. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_a6\\_frep\\_11\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf)

5. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/document/2006/06-245-01.pdf>

6. [http://www.iaia.org/publicdocuments/pubs\\_ref\\_material/Addressing%20Inequalities%20HIA%20pdf.pdf](http://www.iaia.org/publicdocuments/pubs_ref_material/Addressing%20Inequalities%20HIA%20pdf.pdf)

7. <http://www.london.gov.uk/lhc/publications/hia/>

8. <http://www.wales.nhs.uk/sites3/home.cfm?OrgID=522>



et rédacteur de l'étude d'impact, le SGG a élaboré un certain nombre d'outils :

- Un mémento de quelques pages ;
- Un site extranet dédié (<http://evaluation-prealable.pm.ader.gouv.fr>) ;
- Un document de lignes directrices ;
- Une charte de présentation des études d'impact ;
- Un *vade-mecum* de définition du cahier des charges de l'étude d'impact.

Dans ce dernier document, 5 questions indicatives concernent la santé publique dans le cadre plus général des impacts sociaux :

- La proposition a-t-elle un impact sur la santé/la sécurité d'individus ou de groupes de citoyens ?
- La proposition est-elle de nature à réduire la prévalence de maladies ? La mortalité précoce ?
- La proposition est-elle de nature à réduire les risques sanitaires liés à la pollution ? Au traitement des déchets ? Au bruit ?
- La proposition est-elle de nature à modifier les comportements nocifs (tabagisme, consommation d'alcool, etc.) ?
- La proposition a-t-elle des impacts sur des groupes particuliers ? Lesquels ?

Mais on retrouve également d'autres questions, notamment dans les impacts sociaux, économiques ou environnementaux qui interrogent divers déterminants de la santé. Exemples :

- La proposition favorise-t-elle le développement ou la réduction d'inégalités sociales et de revenus ?
- Est-elle de nature à impacter le fonctionnement du marché du travail (par exemple, en termes d'accès et de retour à l'emploi) ?
- La proposition affecte-t-elle les ressources en eau potable ?

Début 2010, un séminaire organisé par le Centre d'analyse stratégique, la Direction générale de la santé et la Société française de l'évaluation a permis de faire un point sur les diverses méthodes et moyens de développement de l'EIS en France (voir les actes sur <http://www.strategie.gouv.fr/>).

Le dispositif des études d'impact apparaît comme une réelle avancée, même si des progrès sont sans doute à réaliser pour améliorer la qualité du volet sanitaire et étudier plus précisément les éventuelles retombées des projets de loi sur les inégalités sociales de santé.

En s'inspirant des exemples étrangers, il semble aujourd'hui nécessaire de développer la pratique des évaluations d'impact sur la santé au niveau régional et local. Pour cela, il faudra fournir aux agences régionales de santé et à leurs partenaires régionaux et locaux des soutiens, outils et méthodes permettant de conduire de telles évaluations, en inscrivant clairement ces procédures dans le cadre plus général de la réduction des inégalités sociales de santé. 📌

## Inégalités sociales de santé et avancée en âge

**Alexis Montaut**  
Chargé d'études  
**Nicolas De Riccardis**  
Chargé d'études

Direction de  
la recherche,  
des études, de  
l'évaluation et des  
statistiques (Drees)

**M**algré l'amélioration des conditions de vie, les progrès de la médecine et l'assurance maladie obligatoire, des disparités sociales parfois importantes subsistent en matière de santé : ceux qui sont les plus favorisés (les plus instruits, ayant de meilleures conditions de travail ou des revenus plus élevés) déclarent moins de problèmes de santé — ou des problèmes moins graves — que les autres. Nous utilisons la catégorie sociale (CS) en sept classes dans les analyses présentées dans cet article, car elle reflète à la fois des différences de niveau de vie, de niveau d'instruction, de conditions de travail et de modes de vie : agriculteur (trice), artisan(e)-commerçant(e), cadre, profession intermédiaire, ouvrier (ère), employé(e) et la catégorie « autres », qui regroupe les personnes inactives.

Pour appréhender l'évolution avec l'âge des inégalités de santé, il faut s'intéresser à des trajectoires individuelles, ce que permet l'enquête Santé et Itinéraire professionnel 2006 (encadré). Même si les enquêtes dites « rétrospectives » sont entachées d'un biais de sélection, puisqu'elles ne comportent que des personnes qui sont encore en vie au moment de l'enquête, elles s'avèrent bien plus pertinentes pour mesurer l'évolution

des inégalités selon l'âge que les enquêtes transversales. En effet, dans ces dernières, les populations ne sont pas les mêmes d'une tranche d'âge à une autre : la génération des ouvriers des années 1970 n'a pas eu les mêmes conditions vie et de travail que celle des ouvriers actuels, par exemple. De plus, ceux qui, après 60 ans, ont comme dernière CS « ouvriers » ont souvent été ouvriers toute leur vie : s'ils n'ont pas gravi les échelons par promotion, c'est peut-être justement à cause d'une santé dégradée [5]. Chez les plus âgés, les ouvriers sont donc davantage « sélectionnés » que chez les plus jeunes, et c'est pourquoi il semble plus adapté de raisonner en termes de trajectoires individuelles. Ainsi, on se limite ici aux personnes âgées de 60 à 74 ans au moment de l'enquête. L'indicateur de santé utilisé est la santé perçue<sup>1</sup> à différents âges<sup>2</sup> (35,

1. « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais. » Un état de santé « altéré » correspond aux modalités « moyen, mauvais ou très mauvais ».

2. L'état de santé perçue à chaque âge n'est pas directement déclaré par l'enquêté, mais il est estimé en s'appuyant sur le sexe, l'âge, les maladies, handicaps et le diplôme déclarés par l'individu (disponibles à tout âge) et leur lien avec la santé perçue au moment de l'enquête.

Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale p. 55.

50 et 60 ans) et selon la catégorie sociale en début de carrière (CS ou dernière CS à 35 ans). L'âge de 35 ans est traditionnellement utilisé comme point de départ, car c'est un âge auquel les études sont généralement terminées et la catégorie sociale à peu près stabilisée. On se restreint à ces âges actifs, car après 60 ans les biais de sélection sont importants, en raison de la mortalité supérieure chez les plus défavorisés.

### Un gradient social de santé et des écarts qui s'accroissent avec l'âge

Pour les hommes comme pour les femmes, ceux qui étaient cadres à 35 ans se jugent plus souvent en bonne santé vingt-cinq ans plus tard, à 60 ans, que ceux qui occupaient une autre catégorie sociale en début de carrière, et les écarts entre CS s'accroissent jusqu'à 60 ans (figure 1). Ainsi, 7 % des hommes qui étaient cadres à 35 ans jugent leur santé altérée à 60 ans, contre 30 % de ceux qui étaient ouvriers, employés ou artisans-commerçants à 35 ans et 23 % de ceux qui étaient agriculteurs ou occupaient une profession intermédiaire. Pourtant, en début de carrière, à 35 ans, la proportion d'hommes qui jugeaient leur santé altérée était très faible, et du même ordre de grandeur pour toutes les catégories sociales. La CS « autres » est très peu fréquente à 35 ans chez les hommes : elle représente moins de 1 % des effectifs et contient principalement des personnes inactives, l'inactivité masculine étant souvent la conséquence d'un problème de santé, d'un handicap notamment. Enfin, on observe une forte dégradation entre 50 et 60 ans de l'état de santé de

ceux qui étaient artisans ou commerçants en début de carrière.

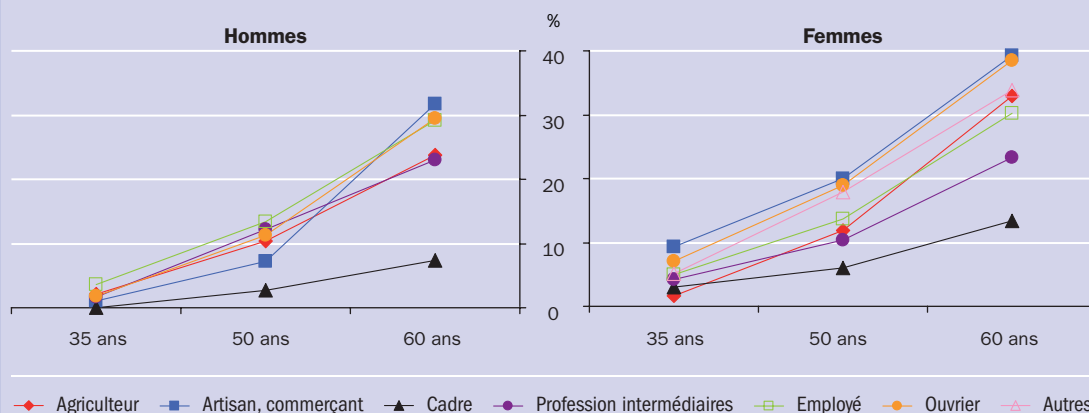
Pour les femmes, les différences d'état de santé selon les catégories sociales sont déjà un peu marquées à 35 ans et la CS « autres » est beaucoup plus fréquente que chez les hommes (20 % des effectifs). Pour les femmes, l'inactivité peut résulter notamment du choix de rester au foyer pour s'occuper des enfants et semble donc moins souvent liée à une mauvaise santé que pour les hommes. Les écarts entre catégories sociales s'accroissent avec l'âge, les femmes artisans, les commerçantes et les ouvrières déclarant la santé la plus dégradée et les femmes cadres la meilleure (figure 1). Les agricultrices présentent une dégradation plus marquée que les autres de leur état de santé avec l'âge. Toutefois, les évolutions avec l'âge, pour les hommes comme pour les femmes, peuvent être entachées de biais de mémoire : rétrospectivement, après 60 ans et compte tenu de leur état de santé actuel, les plus âgés peuvent sous-estimer les problèmes de santé qu'ils ont eus dans leur jeunesse.

### Un effet cumulatif des conditions de travail sur la santé

La catégorie sociale correspond notamment à des conditions de travail particulières. Par exemple, l'exposition à des conditions de travail pénibles varie selon la CS, les ouvriers étant, de loin, les plus exposés : si l'on considère les expositions physiques les plus fréquentes (travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant et exposition à des produits nocifs),

figure 1

#### Proportion de personnes jugeant leur santé altérée à 35, 50 et 60 ans, selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle à 35 ans



Champ : personnes âgées de 60 à 74 ans, vivant en France métropolitaine.

Lecture : parmi les hommes qui étaient cadres en début de carrière (i.e. à 35 ans), 1 % jugeaient leur santé altérée à 35 ans, puis 3 % à 50 ans et 7 % à 60 ans. Parmi ceux qui étaient ouvriers en début de carrière, 2 % jugeaient leur santé altérée à 35 ans, contre 11 % à 50 ans et 30 % à 60 ans. Pour des raisons d'effectifs trop faibles, la CS « autres » n'est pas représentée sur le graphique « Hommes ».

Source : Santé et Itinéraire professionnel 2006.



## Les inégalités sociales de santé

ils déclarent deux fois plus souvent que les autres professions avoir été exposés à chacun de ces types d'expositions pendant au moins quinze ans<sup>3</sup>. Les effets de l'exposition à des travaux pénibles peuvent apparaître plusieurs années après la fin de l'activité professionnelle [61], et continuer d'accroître les inégalités de santé aux âges les plus élevés. Parmi les personnes de 60 à 74 ans qui n'ont jamais été exposées à un travail jugé pénible, 1 % déclarait avoir eu 2 maladies ou plus dès l'âge de 45 ans, contre 3 % parmi celles qui avaient été exposées à un travail jugé pénible, quelle que soit la durée de cette exposition (figure 2). En revanche, à 65 ans, les écarts sont bien plus importants et, cette fois, significatifs : 4 % de ceux qui n'ont jamais été exposés déclarent 2 maladies ou plus, contre 10 % de ceux qui ont été exposés. De plus, ces écarts se tassent après 60 ans, mais en raison d'une mortalité plus importante chez ceux qui ont effectué des travaux pénibles.

### La catégorie sociale reflète aussi des modes de vie différents

Les inégalités de santé perçue entre catégories sociales peuvent trouver leur origine dans des différences de conditions de travail, mais la CS reflète aussi des modes de vie, un niveau d'éducation et des comportements individuels différenciés. Ainsi, entre 18 et 59 ans, 39 % des hommes ouvriers déclarent fumer tous les jours, contre 21 % des cadres (tableau 1). Le gradient social est le même chez les hommes et les femmes : les agriculteurs sont ceux qui fument le moins et les ouvriers ceux qui fument le plus. Le tabagisme est une pratique socialement marquée et est responsable d'un nombre très important de cancers et de maladies chroniques, respiratoires ou cardio-vasculaires. Cependant,

3. Source : enquête Santé et Itinéraire professionnel 2006.

les comportements vis-à-vis de la santé à l'âge adulte sont rarement le résultat de décisions purement individuelles : être issu d'un milieu défavorisé, avoir des parents peu éduqués, en mauvaise santé ou adoptant des comportements à risque sont autant de facteurs qui contribuent à expliquer une mauvaise santé à l'âge adulte [55]. Les inégalités de santé relèvent donc de la justice sociale, ce qui justifie la mise en œuvre de politiques visant à les réduire [49].

### Les cadres vivent plus longtemps, et plus longtemps en bonne santé, que les ouvriers

Même lorsque l'on dispose de données longitudinales, les écarts entre catégories sociales se trouvent mécaniquement réduits par le fait que les survivants aux âges élevés dans les catégories sociales les plus défavorisées sont probablement ceux dont la santé est la meilleure. Il semble donc indispensable de compléter l'analyse avec des données d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité.

À 35 ans, un homme ouvrier peut espérer vivre encore quarante et une années, dont neuf avec des limitations dans les activités du quotidien en raison d'un problème de santé [18]. Ces années de vie avec incapacité représentent donc 22 % des années qui lui restent (figure 3). En revanche, un homme cadre peut espérer vivre encore quarante-sept ans, soit six années de plus qu'un ouvrier, et dont sept années avec des limitations, soit 15 % des années qui lui restent. Cette hiérarchie sociale est identique chez les femmes, même si les écarts d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité sont un peu moins marqués. Ces inégalités sociales de santé se creusent donc tout au long de la vie, notamment aux âges actifs, mais aussi après par effet différé, et aboutissent à des inégalités importantes en termes d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité.

## Enquête Santé et Itinéraire professionnel (SIP)

L'enquête Santé et Itinéraire professionnel (SIP), conçue par la Drees et la Dares et réalisée en 2006-2007, explore en population générale les liens entre les problèmes de santé et les parcours professionnels et conditions de travail. Elle comporte en particulier un

questionnement rétrospectif qui vise à repérer les principaux changements de l'état de santé au regard des situations de travail décrites dans leurs durées et leurs discontinuités ; en retour, il s'agit de saisir l'incidence de l'état de santé au sens le plus large sur le parcours professionnel

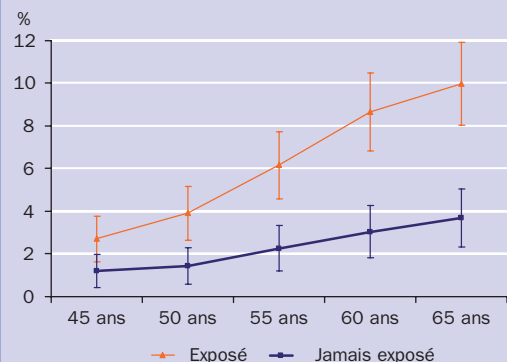
des personnes, les aléas de carrière ou les discriminations éventuelles qu'elles ont pu rencontrer.

Pour en savoir plus : <http://www.sante-sports.gouv.fr/sante-et-itineraire-professionnel-sip.html>



figure 2

### Proportion de personnes déclarant au moins 2 maladies avant d'avoir atteint l'âge donné



Champ : personnes âgées de 60 à 74 ans, vivant en France métropolitaine.

Lecture : parmi les personnes âgées d'au moins 65 ans qui n'ont jamais été exposées à un travail physiquement pénible, 1 % déclarait avoir eu 2 maladies ou plus dès l'âge de 45 ans, 2 % déclaraient avoir eu 2 maladies ou plus à 55 ans et 4 % à 65 ans. Les traits verticaux représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Source : Santé et Itinéraire Professionnel 2006.

tableau 1

### Proportion de fumeurs quotidiens selon la catégorie socioprofessionnelle, parmi les 18-59 ans (en pourcentage)

	Hommes	Femmes
Agriculteurs	14	10
Cadres	21	21
Professions intermédiaires	26	20
Artisans, commerçants	28	21
Autres	29	27
Employés	30	26
Ouvriers	39	34

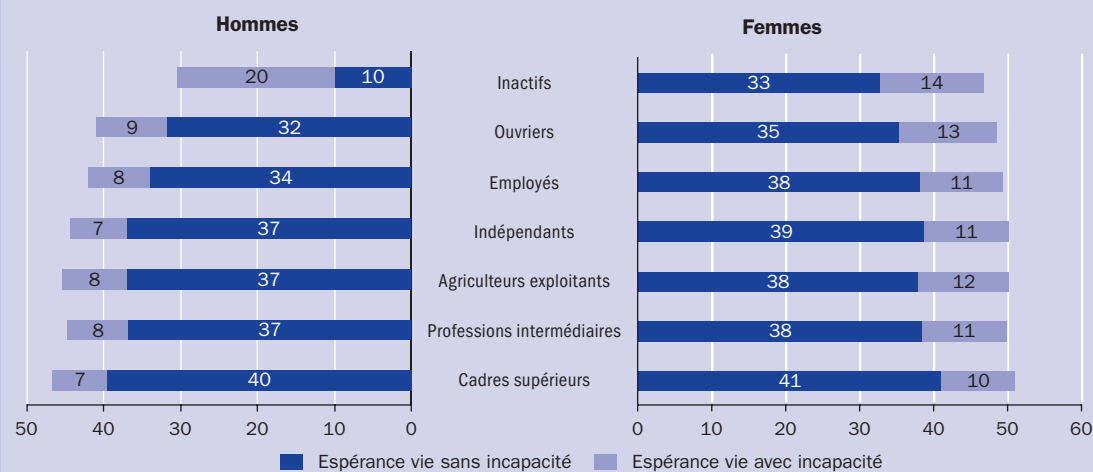
Champ : personnes âgées de 18 à 59 ans et vivant à leur domicile en France métropolitaine et DOM.

Lecture : parmi les agriculteurs de 18 à 59 ans, 14 % déclarent être des fumeurs quotidiens, et 10 % parmi les agricultrices de même âge.

Source : Handicap-Santé, volet ménages 2008.

figure 3

### Années d'espérance de vie sans incapacité et années d'espérance de vie avec incapacité, à 35 ans, selon la catégorie socioprofessionnelle



Lecture : À 35 ans, un homme ouvrier peut espérer vivre encore quarante et une années, dont trente-deux sans incapacité et neuf avec gênes dans les activités du quotidien.

Sources : INED, Cambois, Laborde, Robine. 2003.