

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 décideurs¹ ».

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.

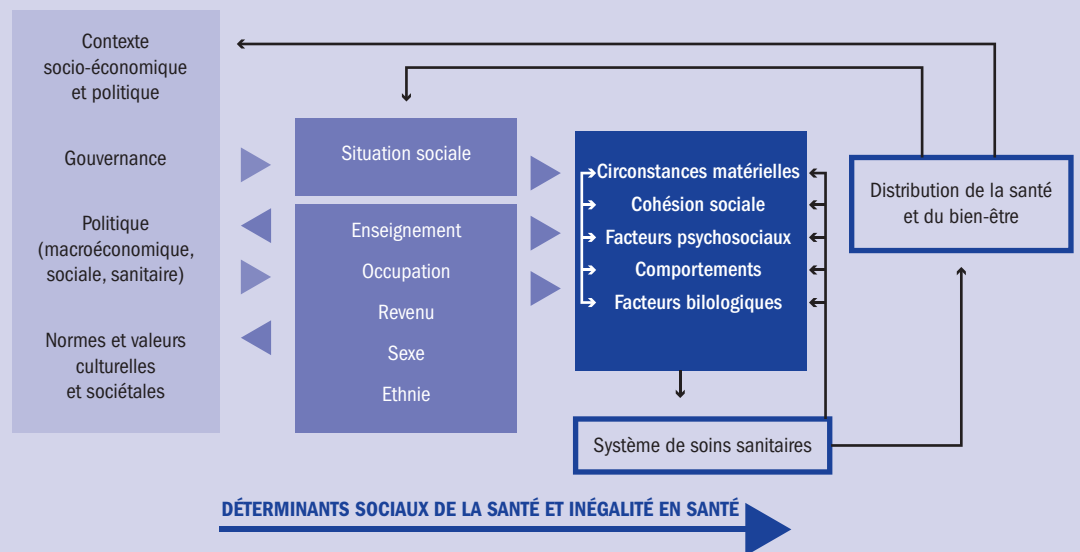
- *Screening* : phase courte qui permet d'estimer si le sujet mérite ou non de conduire une EIS, à quelle échelle, pour quelle échéance etc. ;
- Délimitation du champ et planification du travail : on essaie là de modéliser les divers déterminants, populations susceptibles d'être affectées par la décision 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 site². 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'impact³. 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 universitaires⁴.

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 population⁵. 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 sens⁶. 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 cas⁷. 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, etc⁸.

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

4. 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

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)

Malgré 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 perçue¹ à différents âges² (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.