

Savoir, devoir, pouvoir

Voici une claire et brillante radioscopie des inégalités sociales de santé proposée par le porte-parole des usagers, suivie de propositions tonifiantes.

Christian Saout
Président du Collectif interassociatif
sur la santé

Savoir, devoir, pouvoir : voici trois mots qui, en France, doivent orienter la politique de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Savoir n'est pas une si grande affaire

Car les constats autant que la recherche dessinent assez bien la phénoménologie des inégalités sociales de santé et leurs ressorts. Ainsi, nous savons que ces inégalités sociales de santé ne sont pas toutes imputables au système de santé, loin s'en faut. On doit aussi considérer de nombreux autres facteurs comme les ressources économiques, l'accès à la culture et au savoir, la dégradation de certains environnements et les comportements humains. La place du cumul des facteurs défavorables dans une vie donnée est donc la cause principale des inégalités sociales de santé qui touchent toutes les catégories de populations et pas seulement les plus pauvres. Tout cela a été expliqué depuis deux décennies au moins et rappelé avec insistance ces deux dernières années : rapport de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS en 2008, rapport de Sir Michael Marmot en 2010 et rapport européen Détermine en 2010. Lutter contre les inégalités sociales de santé invite donc aux politiques multisectorielles plutôt qu'à s'en tenir à la recherche d'efficacité du seul système de santé. Quoi qu'il en soit, la France est le pays de l'Europe des quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes. Et elle traîne comme un boulet l'inorganisation de son système de santé, qui n'en a d'ailleurs jamais été un — c'est bien cela le problème —, de sorte que selon le territoire où vous habitez, et parfois à quelques kilomètres

de distance seulement, les conditions d'accès aux soins varient de façon considérable, qu'il s'agisse de la médecine de premier recours ou des spécialistes. Ainsi, contrairement aux Pays-Bas ou à la Grande Bretagne, la France se caractérise par des inégalités d'accès aux soins plutôt fortes.

Devoir : la dette d'égalité

Partant de là, une responsabilité collective nous incombe. Celle de la dette d'égalité. Elle nous concerne plus que tout autre pays. Car nous sommes le seul pays au monde à répéter avec une telle insistance le mot « égalité » au fronton de nos édifices publics. Si cela n'était, la référence permanente dans notre loi fondamentale et dans la jurisprudence de nos cours au respect du principe d'égalité constitue une exigence à l'égard des inégalités sociales de santé comme de toute autre inégalité. Enfin, à de nombreuses reprises des lois adoptées dans le domaine de la santé invitent expressément au respect de l'égalité dans l'accès aux soins.

Ainsi, de nombreuses législations se sont succédé depuis plusieurs décennies pour traiter ces enjeux. Avec succès parfois, si l'on songe par exemple à la loi créant la couverture maladie universelle qui a enfin généralisé la sécurité sociale en 1999 alors que cette attente était pendante depuis... 1962! Avec des effets plus relatifs pour les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) prévues par la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.

Car la dette d'égalité ne repose pas que sur des normes. Elle doit aussi concerner les stratégies publiques, comme l'a recommandé récemment le Haut Conseil de la



santé publique qui réclame que, sur la base des conclusions de nombreuses recherches conduites ces dernières années, notre pays s'intéresse au « gradient social de santé » (car les inégalités sociales de santé opèrent dans toutes les catégories sociales) autant qu'aux politiques ciblées sur les publics les plus précaires.

Relever le défi de la dette d'égalité suppose aussi que les acteurs de santé eux-mêmes modifient leurs attitudes et leurs pratiques. Les spécialistes refusent ainsi jusqu'à 40 % des bénéficiaires de la CMU au motif qu'ils sont contraints de leur appliquer le tarif de base de la sécurité sociale sans dépassements d'honoraires. Les directeurs d'établissements publics de santé ne se sont pas tous battus de la même façon pour la mise en place des Pass sans quoi la cartographie de leurs implantations aurait idéalement correspondu aux besoins des populations précaires : on en est très loin.

Et il faudra encore de la vigilance à l'avenir pour que les professionnels de santé ne sélectionnent pas les « bons clients des nouvelles approches du soin », comme l'éducation thérapeutique ou la télé-médecine, en fonction de leur capacité à intégrer ces innovations. Les innovations, elles aussi, sont destinées à tous, sans condition d'état.

Que pouvons-nous pour relever le défi de cette dette collective ?

D'abord les économistes ont largement démontré que la solvabilisation de la demande de soins est un élément essentiel de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Ainsi, des travaux récents de l'Irdes ont montré que l'absence de couverture complémentaire était la cause principale du renoncement aux soins. Or, avec les bas revenus qui se multiplient en raison de la faiblesse du niveau d'emploi, il est bien difficile de procéder à l'acquisition d'une

couverture complémentaire, d'autant que son prix augmente à peu près chaque année.

Une part importante de la lutte contre les inégalités sociales de santé tient donc dans l'orientation de nos politiques économiques qui ont fait le choix de rémunérer plus favorablement le capital au détriment du travail, sans asservir cette rémunération plus favorable du capital à une fiscalité redistributive en regard de nos principes et de nos objectifs d'égalité. C'est ce qu'ont démontré de nombreux rapports de la Cour des comptes qui identifient des ressources potentielles pour les dépenses de santé, notamment dans certaines niches fiscales ou sociales que l'on n'a pas intérêt à maintenir car elles ne sont pas vertueuses.

Ensuite, nous ferions bien de nous doter d'outils de politiques multisectorielles. La Norvège a été bien inspirée de faire le choix d'une politique offensive de santé de la petite enfance. Comment faire de même dans un pays où l'autorité du ministère de la Santé s'arrête aux portes des écoles et des conseils généraux ? Car il nous faudrait coordonner la médecine scolaire et la protection maternelle et infantile avec les compétences médico-sociales de l'État. Voici deux politiques structurelles, délaissées d'abord, et voguant ensuite au bon gré de leurs responsables respectifs. La création des agences régionales de santé devrait toutefois permettre de rétablir le lien entre ces politiques publiques dans le cadre des commissions transversales dont la loi les a dotées. Les agences sont prises en étau : elles n'ont pas d'autre choix que de proclamer leur intention de lutter contre les inégalités sociales de santé... sans disposer de l'ensemble des leviers pour entreprendre et gagner ce combat. Voici comment l'on met sa tête sur le billot ! Mais ce ne doit pas être une excuse pour échapper à l'ardente obligation de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Par ailleurs, il serait raisonnable de ne pas rendre impossible la conduite d'une politique publique de santé démocratiquement identifiée en région. C'est pourtant ce que l'on est en train de faire, en privant les agences régionales de santé des marges de manœuvre financière dont elles ont besoin. Ces marges de manœuvre existent. Chaque directeur général d'agence a d'ores et déjà identifié les domaines où l'argent pourrait être mobilisé à de meilleures fins, notamment pour produire plus d'égalité dans l'accès aux soins. Mais la loi ne leur permet pas de disposer de ces sommes dont l'usage est fléché. L'agence est transversale, mais ses financements sont toujours en « silo » : voici pourquoi votre fille « Égalité » est muette. Il est de la plus haute responsabilité publique de permettre la fongibilité des crédits dont disposent les agences régionales de santé si l'on veut entreprendre et faire bouger quelques lignes dans le domaine de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Quant à savoir si la fongibilité sera « asymétrique », faisons déjà la fongibilité !

Par ailleurs, il faut de la santé dans toutes les politiques. Et nous en sommes loin. La rénovation de la loi de santé publique programmée à horizon 2009 aurait dû être l'occasion d'une offensive sur ce terrain. Car il n'est pas douteux que les seuls leviers aux mains du département ministériel de la Santé sont insuffisants. Toutes les politiques publiques doivent comporter un volet santé : santé des détenus à la Justice, santé des élèves à l'Éducation nationale, santé des personnes âgées aux Affaires sociales, santé des salariés au Travail et à l'Emploi.

Nous savons, nous devons, nous pouvons. Faisons-le ! 🇫🇷

Réduire les inégalités : un des objectifs principaux du Plan cancer 2009-2013

Les inégalités sociales de santé se manifestent par un risque de mortalité par cancer quatre fois plus élevé chez les chômeurs et les ouvriers que pour les cadres. Le Plan cancer 2009-2013 propose plusieurs pistes.

Jean-Pierre Grünfeld

PU-PH, auteur du rapport
*Recommandations pour le Plan cancer
2009-2013 : pour un nouvel élan,*
hôpital Necker, université Paris Descartes

Préparer un plan de santé oblige à tenir compte à la fois des exigences d'une médecine personnalisée, individuelle, et de celles d'une médecine de santé publique, plus collective. Les inégalités de santé se situent à la confluence de ces deux courants.

Dans le Plan 2009-2013 consacré au cancer, il était impossible de ne pas être confronté à ces inégalités : en effet, malgré les progrès thérapeutiques enregistrés dans les dernières décennies, le cancer reste une cause majeure de mortalité en France. L'indice relatif d'inégalités selon le niveau d'études est parmi les plus élevés d'Europe, chez les hommes comme chez les femmes¹ ; le risque relatif de mortalité par cancer est inversement corrélé à la catégorie socioprofessionnelle (plus élevé, d'un facteur 4, chez les chômeurs et les ouvriers que chez les cadres). Enfin, l'évolution des inégalités sociales de mortalité par cancer en France montre que ces inégalités ne s'effacent pas au cours du temps. Pour le cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS), fortement marqué par les inégalités sociales, fortement dépendant de la consommation de tabac et d'alcool, et d'un pronostic sombre, l'indice relatif d'inégalités selon le niveau d'études était d'environ 6 entre 1982-1988 et est au même niveau entre 1999 et 2007 chez les hommes. Pour le cancer du poumon, le même indice est passé de 2 à 3. Fait remarquable et inquiétant, la même tendance s'amorce chez les femmes : l'indice d'inégalité passe de 2 à 3 pour les VADS entre 1990-1996 et 1999-2007. Cela va de pair avec l'extension du tabagisme chez la femme dans les décennies précédentes (même

si certains cancers VADS semblent induits par le papillomavirus humain, notamment chez les femmes qui ne fument pas). Parallèlement émerge chez la femme la mortalité par cancer du poumon, avec un indice d'inégalité de 3 dans les dernières années². Dernière inégalité, l'exposition professionnelle aux cancérrogènes qui touche les ouvriers et non les cadres.

S'engager dans la réduction des inégalités sociales de santé est un défi tant sont nombreux les déterminants sociaux et sanitaires qui les génèrent. L'impulsion donnée par l'OMS à la suite des efforts de Sir Michael Marmot, relayée en France par le Haut Conseil de la santé publique, nous y incite à l'aide de formules : « *Sortir de la fatalité* » pour le HCSP, « *Tacler les inégalités* » pour les recommandations britanniques – deux métaphores fortes dans deux domaines différents. Se résigner ou non aux inégalités de santé ? Certes les corriger, mais aussi les prévenir : les objectifs se recoupent, mais les moyens et les stratégies se distinguent.

Réduire les inégalités sociales face au cancer implique deux étapes :

1. Analyser les inégalités pour les comprendre et proposer des solutions, grâce aux recherches en santé publique, en épidémiologie sociale (par exemple, pour distinguer les effets des inégalités sur l'incidence et sur la survie, etc.), en psychologie sociale, en sociologie, en anthropologie et dans d'autres domaines interdisciplinaires des sciences humaines, sociales et médicales.

2. Agir, concevoir et appliquer une recherche

2. Luce D., Chastang J.F., Menvielle G., Leclerc A. Colloque Institut national du cancer, octobre 2010.

1. Menvielle et al. *Brit J Cancer*, 2008



interventionnelle ou recherche-action, et en évaluer les effets. Un récent appel d'offres de l'INCa sur ce thème n'a reçu que 8 projets, dont 3 ont été retenus. Peu d'équipes en France sont armées pour affronter ce type de recherche. L'expérience acquise dans d'autres pays (Pays-Bas, Royaume-Uni, Canada) est précieuse pour développer cette recherche interventionnelle.

Les inégalités face à la prévention et au dépistage

Les inégalités sociales face au cancer touchent la prévention, primaire (maîtriser les facteurs de risque) et secondaire (les dépistages). La lutte contre le tabagisme (responsable d'environ 30 % des cancers) marque le pas (voir les résultats récents du *Baromètre santé 2010*, et la fiche repère INCa « Cancers et tabac chez les femmes », mai 2010) : le nombre des fumeurs a augmenté de près de 2 points entre 2005 et 2010, passant de 31,8 à 33,6 %. Ce sont les femmes qui sont le plus touchées (de 23 à 25,7 %), et plus spécialement les femmes de 45 à 54 ans dont le pourcentage de fumeuses quotidiennes a augmenté d'environ 7 %. Ce sont les chômeurs qui fument le plus (près de 50 % en 2010) ; les ouvrières, les ouvriers et les non-diplômé(e)s fument plus que les personnes appartenant aux autres catégories sociales. Ne pas se résigner : parmi les actions possibles, la hausse des taxes de 10 %, mais à condition de réduire le tabagisme chez les personnes dont la situation sociale est la plus précaire ; présenter le fumeur non comme un

coupable, mais comme une victime de l'industrie du tabac ; cibler les actions vers les plus exposé(e)s au risque avec l'aide des spécialistes des sciences humaines et sociales (SHS) et de santé publique ; promouvoir la recherche sur les addictions, etc. Parmi les autres facteurs de risque de cancer (outre l'alcool, la sédentarité et l'exposition aux rayons ultra-violet A), l'excès de poids et l'obésité sont fortement marqués par les inégalités d'éducation et de ressources. Enfin, les expositions professionnelles aux substances cancérigènes menacent davantage les ouvriers que les cadres (fiche repère INCa, mars 2010, « Cancers professionnels et inégalités sociales »).

Les inégalités sociales marquent également le parcours de soins, plus spécialement l'accès aux centres de soins en fonction des conditions géographiques, comme l'ont bien montré les travaux de Guy Launoy et coll. dans le *Calvados*. Les possibilités offertes par les méthodes modernes de géo-localisation devraient permettre de mieux guider l'accès aux soins, selon la distribution des patients, des médecins et des établissements de santé.

Le dépistage organisé, national et gratuit concerne le cancer du sein et le cancer colorectal ; le dépistage du cancer du col de l'utérus est également organisé dans quelques départements. Ce type de dépistage est non seulement le gage d'un diagnostic précoce, garant d'un bon pronostic, mais aussi un outil d'égalité. En fait, le dépistage organisé est en lui-même à l'origine de disparités selon les territoires et les groupes socio-éducatifs : la

participation et la fidélisation au dépistage sont plus élevées chez les personnes dont le niveau éducatif et/ou de ressources économiques est le meilleur. Si l'on souhaite améliorer encore l'efficacité des dépistages, il faut les cibler sur les personnes qui y échappent jusqu'à présent. Diverses expérimentations sont en cours pour améliorer l'information vers ces personnes et mieux les « accompagner » vers les centres de dépistage. Le médecin traitant a un rôle essentiel dans le parcours de dépistage.

La correction des inégalités sociales de santé est une œuvre de longue haleine, s'étendant sur plusieurs décennies, bien au-delà d'un plan de cinq ans. Pour le cancer (comme pour d'autres maladies), cet engagement doit concerner toutes les étapes du parcours de prévention et de soins. Il doit également tenir compte des situations propres à chaque territoire (par exemple, la structure de la population, le pourcentage et la distribution des populations les plus vulnérables, âgées, handicapées, isolées ou démunies, les particularités du territoire liées à son passé industriel ou à ses habitudes alimentaires, etc.) et des initiatives locales. C'est pourquoi les efforts doivent fédérer les agences régionales de santé, les collectivités locales, les associations de patients, les groupes de personnes engagées dans l'éducation et la promotion de la santé, les chercheurs en SHS et en santé publique, et les professionnels de santé, tous encadrés par une volonté nationale et persuadés de la nécessité d'évaluer les actions entreprises.

Recherche et inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé augmentent, et ce constat doit être surveillé et mesuré car son évolution est rapide au gré des transformations économiques, sociales et sanitaires. La recherche doit apporter des éléments pour la compréhension des mécanismes de genèse de ces inégalités.

Alfred Spira

Professeur de santé publique et d'épidémiologie, directeur de l'Institut de recherche en santé publique, IReSP

Le constat de l'existence d'inégalités sociales de santé et de l'existence d'un gradient qui traverse l'ensemble de la société est maintenant parfaitement établi et son importance est quantifiée, aussi bien en termes de mortalité différentielle que de morbidité. Il est également établi que la France occupe une place singulière par rapport aux pays de développement comparable, puisque dans le même temps la situation sanitaire globale y est relativement bonne et que les inégalités sociales de santé y sont particulièrement fortes. Devant ce constat, la place est à l'action et les services de l'État, ainsi que le monde associatif et les acteurs de santé, sont mobilisés. La recherche doit précéder et accompagner l'action. On peut suggérer trois pistes dans ce domaine.

Approfondir la recherche sur les mécanismes qui contribuent à l'émergence et au creusement des inégalités sociales de santé

Après prise en compte des facteurs de risque « classiques » de survenue des pathologies, on considère que les déterminants des inégalités sociales de santé sont [46] :

- les facteurs socio-économiques : niveau de revenu et d'éducation, conditions de travail, conditions de vie et environnement socioculturel, intégration sociale ;
- les comportements individuels et l'exposition aux facteurs de risque tels que risques professionnels, tabac, hypertension, cholestérol, diabète en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires par exemple [97] ;
- l'accès au système de santé : prévention, soins de santé primaires, parcours de soins,

suivi et modalités de prise en charge des maladies chroniques.

Des travaux récents [95] montrent que ces trois ordres de déterminants sont en interaction les uns avec les autres. Des approches sophistiquées sont nécessaires pour tenter de mieux comprendre leurs rôles propres. De ce point de vue, de multiples pistes de recherche ont été proposées par M. Elbaum [39], conjuguant l'analyse de facteurs contextuels et de voisinage, de recours au système de prévention et de soins, de « fenêtres de fragilité » durant la vie, de cumul des inégalités et enfin d'analyse de la relative acceptabilité sociale des inégalités de santé. L'appel à projets de recherche en cours à l'INCa, « Recherche interventionnelle visant à la réduction des inégalités sociales face au cancer », est un élément important dans la mise en place de ce dispositif de recherche¹.

Comprendre le paradoxe français en Europe : bonne santé et fortes inégalités de santé qui persistent

La France se trouve dans une situation apparemment paradoxale : comparativement aux autres pays européens de même niveau de développement économique et social voisins, son système de santé est assez satisfaisant (même s'il est relativement coûteux), les indicateurs de globaux sont favorables (qu'il s'agisse de la satisfaction des patients vis-à-vis du système de soins, de l'espérance de vie à la naissance ou d'indicateurs tels que la mortalité périnatale ou les années de vie vécues sans

1. <http://www.e-cancer.fr/les-appels-a-projets/aap-recherche-interventionnelle-inegalites-sociales>



incapacité), mais les inégalités sociales de santé y sont plus marquées [66]. Par exemple, le taux de non-recours ou de renoncement aux soins, en particulier en ce qui concerne les soins dentaires et la vision, augmente de façon inquiétante. L'analyse fine comparative entre pays européens des déterminants de cette situation pourrait éventuellement procurer des pistes aussi bien pour en comprendre la genèse que pour agir sur ces inégalités

Méthodologie de l'évaluation d'interventions complexes

À partir du constat de l'existence d'inégalités sociales de santé, des propositions d'actions visant à les réduire ou à ralentir leur progression sont formulées par les pouvoirs publics, par le monde associatif, par différents acteurs du système de santé². La création de la couverture maladie universelle (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a, par exemple, été un important facilitateur pour l'accès au système de soins pour les plus défavorisés. L'une des questions posées au monde de la recherche est celle du développement de méthodes adéquates permettant d'évaluer les différentes actions mises en place. Ce sujet est difficile pour différentes raisons :

- les actions entreprises sont elles-mêmes complexes, mobilisant des ressources dans différents domaines de l'intervention sociale, de l'éducation, de la communication, de la santé (incluant prévention et recours au système de soins), de l'organisation spatiale et territoriale, etc. ;
- elles doivent être évolutives pour prendre en compte les changements économiques, sociaux et de fonctionnement du système de santé ;
- elles doivent être adaptées aux multiples contextes générateurs d'inégalités sociales de santé ;
- les indicateurs permettant de mesurer l'efficacité et l'efficacités d'éventuelles stratégies sont difficiles à élaborer, tant ils doivent être en même temps spécifiques et sensibles ;

2. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/cata-logue/9782110081124/zoom.shtm>

– les méthodologies utilisées doivent permettre, autant que faire se peut, de démontrer à la fois l'intérêt en termes de santé des actions entreprises, leurs éventuels effets secondaires positifs et négatifs, de mettre ces éléments en regard de leur coût économique et social, et enfin d'analyser leur possible généralisation au-delà de phases de faisabilité et de mise en place.

On se trouve dans une situation proche d'un point de vue théorique de celle qui s'est posée au monde médical il y a plus d'un demi-siècle lorsqu'ont été développées les méthodologies d'évaluation des interventions médicales, et en particulier des médicaments. La méthodologie des essais randomisés (les essais thérapeutiques contrôlés) a alors été élaborée ; devenue la norme dans le domaine du médicament, elle a depuis été étendue aux essais comparatifs d'interventions complexes en santé publique, en particulier dans le champ de la prévention (exercice physique, alimentation, dépistage généralisé, etc.). Néanmoins, la prise en compte du contexte socio-économique et de ses évolutions rend, dans le champ de l'intervention sociale, les choses encore plus complexes. Le développement récent de la notion de « *comparative effectiveness* » [26], ou « efficacité pratique comparative », tente de généraliser l'approche expérimentale à des interventions complexes dans le champ de la santé, faisant reposer les décisions non plus seulement sur la notion d'évidence scientifique (vérification d'hypothèses portant sur les mécanismes d'action), mais sur la notion de preuve scientifique d'efficacité et d'efficacités, portant sur des résultats indépendamment du mécanisme d'action sous-jacent. C'est la même démarche méthodologique qui a été entreprise dans le domaine de la micro-économie sociale, concernant les interventions dans les domaines économique, social et politique, et dont l'efficacité est appréciée expérimentalement de façon pragmatique [7]. La question est de savoir maintenant quels développements méthodologiques seront les plus aptes à asseoir la décision publique dans le développement d'interventions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé. Une

recherche méthodologique dans ce domaine doit être développée.

Potentiel de recherche

Le potentiel de recherche dans ce domaine n'est pas encore suffisamment important pour asseoir et accompagner les politiques publiques, même si des progrès importants ont été accomplis au cours des quatre dernières années. On dénombre en France 27 équipes de recherche qui affichent la thématique « Inégalités sociales de santé » dans leurs thèmes principaux³, dont 10 à dominante épidémiologique et 17 à dominante sciences humaines et sociales (de nombreuses équipes sont multidisciplinaires dans leurs approches). De nombreux organismes de recherche, dont l'IRESP, émettent régulièrement des appels à projets dans ce domaine et une communauté de chercheurs bien implantés aux niveaux national et européen s'est constituée. Un colloque international a été organisé en janvier 2010, apportant les bases pour un développement plus important de la recherche dans ce domaine et qui devrait être amplifié par l'inscription prioritaire de cette problématique dans la future loi de santé publique⁴.

Conclusion

Bien que les systèmes de santé se développent le plus souvent selon des principes d'équité et de solidarité qui se traduisent par une forte redistribution sociale (mais ce n'est pas toujours le cas et la tendance dans ce sens est en permanence menacée par une commercialisation accrue), on voit dans l'ensemble des pays du monde, et particulièrement en France, monter les inégalités sociales de santé. Bien établi, ce constat doit être surveillé et mesuré de façon attentive, tant son évolution est rapide au gré des transformations économiques, sociales et sanitaires. La recherche se doit d'apporter des éléments pour la compréhension des mécanismes de genèse de ces inégalités, de façon à contribuer à les réduire de la façon la plus efficace. 📌

3. Site de l'IRESP, <http://www.iresp.net> (http://ines.csd-studies.com/binetude/Etude9/crt_teamclt.aspx)

4. <http://www.iresp.net/index.php?goto=valorisation&rub=cs>

Inégalités sociales de santé : le point de vue d'un sociologue

Les inégalités sont en grande partie dues à des comportements qui constituent des réponses à des contraintes économiques, sociales et culturelles. La réduction des inégalités sociales est le meilleur levier contre les inégalités de santé.

Christian Baudelot

Professeur de sociologie au Département de sciences sociales, chercheur au centre Maurice Halbwachs, École normale supérieure

Trois observations s'imposent en commençant.

– Les dimensions humaines et sociales des inégalités sociales de santé sont tragiques puisque, selon qu'ils naissent pauvres ou riches, instruits ou non, les hommes et les femmes ne se voient attribuer ni la même quantité, ni la même qualité d'existence sur la terre. L'allongement de l'espérance de vie pour tous n'a pas supprimé les inégalités.

– Comparées aux autres inégalités, celles de la santé frappent par un trait original : les femmes sont devant les hommes. Dans tous les autres domaines, salaires, emplois, chômage, sous-emploi, travail partiel, carrières, retraites, les femmes sont les premières victimes des inégalités.

– Le terme d'inégalité permet, grâce à la quantification, des comparaisons dans l'espace et dans le temps. Mais si les uns meurent de sept à neuf ans plus tôt que les autres, c'est qu'en concentrant sur eux l'immense majorité des facteurs de risque, dans le domaine des conditions de travail en particulier, les premiers contribuent à faire bénéficier les seconds de meilleures conditions d'existence et de travail. Le bonheur des uns fait le malheur des autres.

Produit final ou simple rouage du système d'inégalités ?

Ou bien on considère les inégalités sociales comme une chaîne de causalité linéaire, celles de la santé occupant alors la place du dernier maillon. Ou bien on considère les inégalités sociales comme un système constitué d'éléments solidaires et interactifs, les inégalités de santé constituant alors l'un des éléments

de l'ensemble, contribuant pour sa part à la reproduction du système.

Dans le premier cas, l'ordre d'arrivée au cimetière est le classement final d'une hiérarchie sociale : les premiers sont les derniers. La France est l'un des pays où les écarts entre catégories sociales sont les plus forts. Les sociétés modernes ont su pourvoir leurs élites de ressources inépuisables leur permettant d'améliorer sans cesse la qualité et la durée de leurs existences. Pour d'autres, moins bien lotis, la mort peut au contraire être préférée à une vie d'enfer. C'est dans les classes populaires que le taux de suicide est le plus élevé.

Le second point de vue part du fait que la mort des individus ne met pas fin à la vie d'une société. Les inégalités sociales continuent à se reproduire après la mort des personnes. En matière de salaires ou de patrimoines, de logement, de retraites, de consommation, de pratiques culturelles, d'éducation, d'emploi, de carrières ou de santé, les inégalités sociales sont, dans l'immense majorité des cas, cumulatives. Elles font système. Ce sont toujours les mêmes catégories qu'on trouve parmi les plus favorisées et les mêmes aussi qu'on trouve parmi les moins favorisées. De ce point de vue, les inégalités sociales de santé jouent aussi un rôle dynamique dans la reproduction des inégalités. Une personne malade pourra basculer dans la précarité et dans la pauvreté. Des parents mal portants ne pourront assurer à leurs enfants les conditions optimales au développement de leur santé. Le mauvais état de santé des parents se transmettra à leurs enfants, du seul fait des conditions matérielles et du mode de vie...



Ces deux visions de la chaîne de causalités ou du système des inégalités donnent une place différente aux inégalités sociales de santé, mais partagent un postulat commun. À l'origine de toutes ces inégalités, deux grands facteurs de différenciation, le revenu et le diplôme.

Ainsi, chez les hommes, les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures (VADS) sont les principaux contributeurs aux inégalités sociales de mortalité par cancer, avec les cancers de l'œsophage, du foie et du pancréas. Les facteurs explicatifs de cette surmortalité sont multiples : prévalence plus élevée des principaux facteurs de risque comportementaux (tabac et alcool), expositions plus fréquentes à des facteurs de risque professionnels (produits toxiques cancérogènes) et environnementaux, moindre accès aux dépistages, diagnostic plus tardif avec découverte à des stades plus avancés et donc de plus mauvais pronostic. Toutes propriétés qui dépendent, par le biais de la profession exercée, des deux variables de base.

Les régimes d'inégalité

On peut aussi chercher à caractériser les régimes d'inégalités propres à la santé par rapport à ceux d'autres domaines.

La contrainte budgétaire

Inattendue dans un système social assurant grâce à la Sécurité sociale la gratuité des soins, elle existe pourtant et de plus en plus. Les dépenses de santé directement payées par les ménages sont deux fois plus élevées chez les cadres supérieurs que chez les ouvriers. Ici, le régime d'inégalité s'apparente à celui d'une consommation marchande limitée à la fois par le montant de la ressource et le style de vie.

Le renoncement aux soins a été étudié récemment par la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Faible chez les personnes qui bénéficient d'une couverture complémentaire privée (12,6 %), il est de l'ordre d'une personne sur cinq parmi les bénéficiaires de la CMU (19,1 %) et de près d'une personne sur trois parmi ceux n'ayant pas de couverture complémentaire (31,6 %). Ajoutons le prix des consultations. En Bretagne, seuls 3 % des médecins n'exercent pas en secteur 1 ; cette part s'élève à 11 % en région Paca.

Les transmissions

Les inégalités sociales qui se transmettent de génération en génération, comme le

patrimoine, sont toujours les plus fortes et les plus tenaces. En dehors des maladies génétiques, tout un ensemble de pathologies non génétiques mais liées à un mauvais état de santé se transmettent à l'embryon : tabagisme, alcoolisme, maladies sexuellement transmissibles. Plus généralement, c'est la manière de faire fructifier à l'optimum ce capital qui est transmise dès la prime enfance par les premiers soins, l'éducation à l'hygiène qui se présentent sous la forme d'injonctions non négociables : se laver les dents avant de se coucher, prendre un bain chaque jour, consulter le pédiatre, surveiller l'alimentation, respecter les vaccinations, etc. Se joue ici, dans le cadre familial, pour la santé ce qui se produit pour l'éducation, dans le même cadre familial : l'inculcation osmotique d'une culture somatique dont les effets bénéfiques ou maléfiques s'exercent tout au long de la vie.

Les tendances d'évolution

Les inégalités sociales de santé ont-elles tendance à se creuser ou à se combler ? La réponse n'est pas simple du fait des problèmes de mesure. L'exemple des revenus est instructif. Les inégalités *relatives* de niveau de vie (après impôts et prestations sociales) ont diminué nettement dans les années 1970. Mais les écarts *absolus* — en euros — ont crû. Or on vit avec des euros et non avec des pourcentages...

Globalement, depuis 1968, la mortalité a diminué, mais les inégalités de mortalité ont augmenté du fait d'une augmentation des écarts entre les actifs qui ont un emploi rémunéré et ceux qui ne travaillent pas.

Les inégalités territoriales

Elles existent et sont fortes dans l'offre de soins : fortes disparités de densité médicale et d'établissements hospitaliers entre les régions. Un seul exemple, l'accès à la greffe : la durée de l'attente d'un greffon va de moins de quatre mois à Nancy à plus de trois ans dans la Région parisienne. Les disparités dans l'offre de soins s'apparentent à une inégalité face aux équipements collectifs comme pour l'école, le sport, la culture. Il en est une autre, l'inégale distribution des pathologies. L'incidence des cancers forme un croissant de surmortalité, allant de la Bretagne à la Lorraine, en passant par la Normandie, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et la Champagne-Ardenne. Ces régions présentent également une surexposition aux différents facteurs de risques : tabac, alcool, expositions professionnelles et environnementales.

Un terrain privilégié de comparaison : école et santé

Beaucoup de traits sont communs entre les inégalités sociales de santé et d'éducation. À commencer par cette surprise qu'a provoquée au début des années 1960 pour l'école, plus récemment pour la santé, la publication de données objectives sur l'ampleur des écarts entre catégories sociales. Elle étonne d'autant plus que la variable revenu était neutralisée par la gratuité de l'école et celle des soins couvertes par la Sécurité sociale. Dans les deux cas : deux services publics au service de deux biens collectifs qui sont à la fois des valeurs universelles, la santé et l'éducation, et des facteurs productifs. Fonctionnaires qualifiés et instruits avec des missions de salut public animés par les valeurs d'égalité et d'accès à tous. Deux services publics à la fois concurrents et complémentaires d'un secteur privé ou libéral. Deux services publics en proie l'un et l'autre aux réductions drastiques de leurs moyens. Dans les deux cas, l'incidence de la catégorie sociale est la plus forte de tous les pays européens.

Ici et là, l'origine des inégalités se situe largement en amont de l'entrée à l'école ou dans le cabinet médical. Les différents milieux sociaux se caractérisent par des rapports au corps et à la santé différents. L'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps, à leur apparence physique, mais aussi à leurs sensations physiques, de plaisir ou de déplaisir, croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale. Ces différences de rapport au corps entre milieux sociaux ressemblent aux différences que l'on observe dans les différences de rapport à la culture savante.


Il existe des affinités électives entre les milieux sociaux des soignants et les patients de milieux favorisés du même type qu'entre les enseignants et les élèves des mêmes milieux. Plus le patient est diplômé, plus la consultation dure longtemps et... inversement. L'aptitude à entendre, identifier et exprimer les messages corporels varie comme l'aptitude à les verbaliser. Les sensations morbides ne s'expriment pas sans langage.

Dans les deux cas, l'information sur le système, scolaire ou de santé, est inégalement distribuée. Les bons réseaux qui permettent d'optimiser le meilleur du public et du privé sont loin d'être connus de tous.

Dans les deux cas, les membres des classes populaires sont incités, ici par les pressions culturelles de leur milieu social, là par la dureté de leurs conditions d'existence et de travail, à consommer en grande quantité les

produits les plus nocifs à la réussite scolaire dans un cas, à la santé dans l'autre : BD-jeux vidéo-télé d'un côté, alcool-tabac de l'autre. Ces conduites suicidaires font des membres des classes populaires des mauvais élèves et des patients à risque.

Dans les deux cas, l'origine de l'inégalité se situe en grande partie dans les comportements des individus qui sont autant de réponses à des contraintes économiques, sociales et culturelles.

Il semble que le modèle d'évolution observable dans le domaine de l'éducation, « le niveau monte mais les écarts se creusent », s'applique aussi en partie à la santé. Il s'agit d'inégalités tenaces, résistantes, persistantes puisqu'elles sont en grande partie l'effet d'autres inégalités sociales et économiques qui ne sont pas près de s'estomper. Il est clair que la réduction des inégalités sociales représente le meilleur levier contre les inégalités de santé. 

Bibliographie générale

- Aldabe B., Anderson R., Lyly-Yrjänäinen M., parent-Thirion A., Vermeylen G., Kelleher C.C., Niedhammer I. « Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010 (sous presse).
- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*. Irdes, 2010, Biblio 1800.
- Azogui-Lévy S., Lombraïl P., Brodin M., Baillon-Javon E., Pirllet M.-C., Boy-Lefevre M.-L. « Evaluation of a dental-care program for school beginners in a Paris suburb ». *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2003, 31, 285-291.
- Bach P.B., Pham H.H., Schrag D., Tate R.C., Hargraves J.L. « Primary care physicians who treat blacks and whites ». *New England Journal of Medicine*, 2004, vol. 351, p. 575-584.
- Bahu M., Coutrot T., Herbet J.B., Mermilliod C. « Parcours professionnels et état de santé », *Dossier solidarité santé*, 2010, n° 14, Drees.
- Bambra C., Gibson M., Sowden A., Wright K., Whitehead M., Petticrew M. « Tackling the wider social determinants of health and health inequalities : evidence from systematic reviews ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010, 64 : 284-291.
- Banerjee A., Duflo E., Glennerster R., Kinnan C. *The miracle of microfinance ? Evidence from a randomized evaluation*. <http://econ-www.mit.edu/files/4161>
- Bartley M., Plewis I. « Does health-selective mobility account for socioeconomic differences in health ? Evidence from England and Wales, 1971 to 1991 ». *J Health Soc Behav*, 1997, 38, 376-86.
- Basset B. (sous la dir. de). *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, août 2009.
- Beach M.C., Gary T.L., Price E.G., Robinson K., Gozu A., Palacio A. et al. « Improving health care quality for racial/ethnic minorities : a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions ». *BMC Public Health*, 2006, vol. 6, p. 104.
- Benach J., Muntaner C., Solar O., Santana V., Quinlan M. « Introduction to the WHO commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET study), with a glossary on employment relations ». *International Journal of Health Services*, 2010 ; 40 (2), 195-207.
- Blane D. « The life course, the social gradient, and health ». In : Marmot M., Wilkinson R.G., éditeurs. *Social determinants of health*. Oxford : Oxford University Press, 2006, 2nd ed., p. 54-77.
- Bonnefoy X. « Inadequate housing and health : an overview ». *Int J Environ Pollut*, 2007, 30 : 411-429.
- Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande ». *Questions d'économie de la santé*, 2009, 141.
- Braubach M., Fairburn J. « Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location-a review of evidence ». *Eur J Public Health*, 2010 20 (1) : 36-42.
- Cambois E., Barnay T., Robine J.-M. « Espérance de vie, espérance de vie en santé et âges de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France ». *Retraite et société*, 2010, 59, 194-205.
- Cambois E., Jusot F. « Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, n° 2-3, p. 10-14.8.
- Cambois E., Laborde C., Robine J.-M. « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte ». *Population et sociétés*, 2007, n° 441, p. 1-4.
- Carde E. « Les discriminations dans l'accès aux soins ». *Santé publique*, 2007, 19, 99-109.
- Chauvin P., Parizot I., Simonnot N. *Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries*. Paris : Médecins du monde European observatory on access to healthcare, 2009.
- Chauvin P., Parizot I. « Précarité ». In : Fassin D, Hauray B, eds. *Santé publique : l'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 2010, p. 279-290.
- Chauvin P., Parizot I. *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS*. Paris : Éditions de la DIV, « Les documents de l'ONZUS », 2009.
- Cohidon C., Santin G., Imbernon E., Goldberg M. « Working conditions and depressive symptoms in the 2003 decennial health survey : the role of the occupational category ». *Soc Psychiat Epidemiol*, 2010 ; 45, p. 1135-1147.
- Comblé le fossé en une génération, Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève, 2008.
- Commission européenne. *Statistiques de la santé. Chiffres clés sur la santé 2002. Données 1970-2001*. Eurostat, 2002.
- Comparative Effectiveness and Health Care Spending – Implications for Reform. *N Engl J Med* 2010 ; 362 : 460-465.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D. « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé ». *Questions d'économie de la santé*, 2005, Irdes, n° 92.