

# 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

**T**rois 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.