

# Des inégalités sociales de santé : mieux connues mais toujours présentes

Un numéro spécial consacré aux 20 ans d'une revue est évidemment un retour sur le passé. La question des inégalités sociales de santé est posée en France depuis longtemps. Il n'est pas question de retracer l'évolution des politiques publiques depuis les travaux princeps de Louis René Villermé au XIX<sup>e</sup> siècle. Nous aimerions simplement dans cet article mesurer le chemin parcouru en près de vingt ans, depuis le rapport du Haut Comité de la santé publique publié en 1994 [30]. Si la question des inégalités sociales avait été notée dès les années 60 et 70 dans des rapports publics, notamment du Commissariat général au Plan, ce rapport était le premier rapport de santé publique à poser cette question. Un second rapport, publié en 1998, notait que les disparités sociales de santé n'avaient pas été réduites. Il est intéressant de noter que ce rapport de 1998 était plus axé sur les problèmes d'exclusion et de grande précarité que sur les inégalités socio-économiques.

Les données statistiques présentes dans ce rapport de 1994 sont sans ambiguïté. Les taux de décès standardisés par âge, déclinés pour plusieurs causes de mortalité, montrent qu'un gradient très clair est observé entre la catégorie des ouvriers-employés à une extrémité et celle des cadres supérieurs et professions libérales à l'autre. Seules échappent à cette règle quelques maladies comme les suicides, le sida... Les auteurs notent également que la mortalité évitable liée au système de soins et aux risques qualifiés d'individuels est la plus élevée dans la catégorie des ouvriers-employés. Suite à l'analyse de ces données, le rapport conclut : « *La croissance des écarts en termes d'indicateurs de santé est une caractéristique péjorative et alarmante de l'état de santé en France. Les disparités dans la consommation de soins se sont pourtant réduites au cours des 30 dernières années. Ceci confirme les analyses [...] selon lesquelles le système de soins n'a qu'un rôle limité pour expliquer l'état de santé d'une population.* »

Vingt ans plus tard, les inégalités de mortalité n'ont pas régressé et les données statistiques de routine ne se sont guère enrichies. Les informations sanitaires du système de soins ne comportent qu'exceptionnellement des données sociales, l'accès à l'Échantillon démographique permanent<sup>1</sup> reste difficile pour les chercheurs et

il n'est pas exploité en routine. Peu d'informations sur la morbidité sont reliées à des informations sociales et le rapport du HCSP de 2010 rappelait encore la nécessité de développer des informations en routine afin de suivre l'évolution des inégalités sociales de santé [31]. Si le bilan sur l'évolution du dispositif statistique de surveillance est à présent marqué par une certaine stagnation, le développement de l'utilisation des bases de données administratives et leurs croisements sont en développement rapide et on peut espérer, de l'utilisation de ces données administratives, la production en routine de données sur les inégalités sociales de santé. De même, plusieurs indicateurs de « déprivation », ont été développés en France pour caractériser les Iris<sup>2</sup>; bien qu'ils caractérisent socialement des territoires, la petite taille de ces Iris, de l'ordre de 2 000 habitants, permet d'approcher les caractéristiques sociales des individus, à partir de celles de leur quartier d'habitation et donc leur simple adresse.

## Déterminants

Dans ce rapport de 1994, un chapitre est consacré à l'étude des déterminants de la santé, qui évoque le rôle des soins, des comportements qualifiés d'individuels et enfin « *les inégalités sociales* » en général. L'analyse du rôle de ces déterminants souligne, sur la base de l'analyse des causes de mortalité évitable par le système de soins, que celle-ci montre un déclin plus marqué que les causes non évitables. Le rapport reconnaît l'effet du système de soins, mais ne lui attribue qu'un faible pourcentage dans l'évolution des causes de mortalité (moins de 8 % chez les hommes, un peu plus de 13 % chez les femmes). Il met l'accent sur l'importance des comportements et des modes de vie qualifiés d'habitudes individuelles. Parmi ces comportements, une forte attention est accordée au tabagisme. « *Si nous voulons obtenir une réduction significative de la consommation de tabac, équitablement répartie dans la population, il nous faut acquérir des connaissances dans deux directions. Nous ne savons pratiquement rien sur la perception du tabagisme et sur les motivations des fumeurs, et notamment [...] ce qui détermine les adultes à arrêter [...] On ne peut pas se contenter de savoir que les hommes sans qualification professionnelle, les femmes*

## Thierry Lang

Groupe transversal inégalités sociales de santé du HCSP, Unité mixte Inserm-université Toulouse3 1027.

## Pierre Lombrail

Université Paris 13

## Michelle Kelly-Irving

Unité mixte Inserm-université Toulouse3 1027

1. L'Échantillon démographique permanent (EDP) est le premier panel sociodémographique de grande taille mis en place en France pour étudier la fécondité, la mortalité, la mise en couple, les migrations géographiques au sein du territoire national, la mobilité sociale et la mobilité professionnelle, ainsi que les interactions possibles entre ces différents aspects. Pour étudier des trajectoires, deux approches sont possibles : interroger des personnes sur leurs parcours passés

ou, avec un panel, les suivre pour accumuler les informations au fur et à mesure. Cette seconde approche, celle de l'échantillon démographique permanent, prend du temps mais permet de disposer d'informations plus précises et plus fiables, parce que non affectées par des effets de mémoire.

2. Ilots regroupés pour l'information statistique. L'Iris constitue la brique de base en matière de diffusion de données infracommunales.

cadres ont la consommation la plus forte. Des études précises sur les déterminants sociaux et culturels sont indispensables». Force est de constater que, en 2012, la situation en matière de tabagisme reste préoccupante, puisque, après une phase de diminution générale, on observe une stagnation dans certaines catégories et une augmentation dans d'autres telles que par exemple les ouvriers et les chômeurs. Mais les informations sur les motivations, sur les possibilités d'aide à l'arrêt du tabac dans les catégories défavorisées, la mise au point de véritables stratégies d'intervention dans ces groupes de population restent « remarquablement mal connues » pour reprendre les termes d'une revue générale récente sur ce sujet.

Le troisième volet de déterminants est regroupé sous le terme général d'inégalités sociales. Les conditions du travail, les différences de revenus, la notion de stress sont soulignées. Les conditions matérielles de vie (logement, revenu), les conditions psychologiques ou sociales de vie sont développées, se fondant largement sur l'étude de Whitehall II. Enfin, le rapport souligne l'importance des conditions de vie dans la petite enfance, en faisant référence à l'hypothèse de Barker. La notion de chaînes de causalité souligne que les facteurs de nature sociale donnent lieu à des différences dans les habitudes de vie et les expositions aux risques, à l'origine des différences dans les états de santé.

Depuis ce rapport, les travaux de recherche ont maintenu ces distinctions parmi les déterminants, ont développé les connaissances sur l'importance de prendre en compte les expositions tout au long de la vie (épidémiologie biographique), apporté des méthodologies nouvelles qui permettent de distinguer les facteurs individuels et les facteurs contextuels, accessibles à des politiques territoriales. L'enchaînement des événements au cours de la vie et les conséquences sur les choix d'intervention résultant d'une attention portée aux causes fondamentales (revenu, pouvoir, études, éducation, cohésion sociale) ou aux causes proximales (facteurs de risque cardiovasculaire, soins, biologie) ont montré la possibilité de différentes politiques de réduction des inégalités sociales de santé selon les points de vue adoptés.

On mesure ici que si les connaissances sur les inégalités sociales de santé et leurs déterminants ont considérablement progressé, cela a été lié à un nombre important de travaux de recherche et d'études spécifiquement menées, comblant le manque d'informations produites en routine sur cette question. La publication en 2000 d'un ouvrage collectif sur les inégalités sociales de santé marque un tournant dans la légitimité et le développement de ce champ de recherche [44]. Néanmoins, dès 1994, les informations statistiques sur l'importance de la question existaient et les analyses sur l'importance des habitudes liées aux styles de vie et aux déterminants socio-économiques sur l'état de santé soulignaient aussi le rôle nécessaire mais partiel du système de santé, invitant à changer de modèle des déterminants de santé.

La différence de focale déjà notée entre les rapports du HCSP de 1994 et 1998 souligne une caractéristique qui va colorer l'ensemble des interventions et politiques publiques depuis une vingtaine d'années. Il s'agit de la tension entre la question de la précarité, de l'extrême pauvreté et de l'exclusion d'un côté, qui a fait l'objet de politiques publiques et, d'autre part, la question des inégalités sociales de santé dont l'émergence est extrêmement, voire lentement, progressive au cours de ces années. Les politiques orientées vers la précarité ont été marquées par nombre de décisions visant à augmenter l'accès aux soins, par la généralisation de l'Assurance maladie et de la protection sociale. On peut ainsi relever la mise en place de la CMU, puis de la CMU-C, puis de l'allocation à l'acquisition de la complémentaire santé, par exemple. L'analyse de la loi de santé publique de 2004 témoigne de la superposition des problématiques des inégalités sociales de santé et de la précarité. Deux objectifs sont spécifiquement consacrés aux inégalités sociales de santé. L'objectif 33 insiste sur la nécessité de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins. L'objectif 34 est ainsi formulé : « réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de neuf ». Dans cet article, la partie analytique et diagnostique porte sur les inégalités sociales de santé et reprend les données classiques du gradient produites par l'Inserm et l'Insee. Mais l'intervention publique évoquée fait explicitement référence aux situations précaires.

Le rapport de 1994 soulignait les options des politiques publiques vis-à-vis des inégalités sociales de santé, en développant la théorie de l'épidémiologiste anglais G. Rose, distinguant d'une part des interventions marquées par une attention portée aux populations à haut risque et d'autre part des politiques générales universalistes s'adressant à la population générale. La notion d'universalisme proportionné, reprise notamment par l'Igas, qui met l'accent sur le fait que l'intensité des efforts de politiques publiques et d'interventions pourrait être modulée en fonction des besoins des populations et de leur état de santé, de façon à prendre en compte le gradient de santé dans l'ensemble de la population, n'a été introduite que plus récemment, notamment à l'occasion du rapport de la commission OMS (2008).

Depuis, la question des inégalités sociales de santé est régulièrement abordée, mais aucune politique publique n'a réellement pris en compte ces objectifs de façon claire, jusqu'au tournant des années 2008-2009, au cours desquelles la question des inégalités sociales de santé est devenue un enjeu explicite, ce qui ne doit pas faire oublier que, dès 2003, la loi de cohésion sociale faisait de la santé le cinquième pilier de la politique de la Ville.

Plusieurs événements d'importance permettent de réactualiser cette question dans les politiques publiques. La question des inégalités est une priorité majeure du

Plan cancer 2 et a suscité le développement d'interventions de réduction de ces inégalités, notamment par le développement de financements de recherche sur cette question. Un rapport du HCSP spécifiquement consacré à cette question attire l'attention sur la distinction à opérer entre précarité et inégalités sociales de santé, le développement de politiques prenant en compte les déterminants sociaux de la santé, la nécessité d'intersectorialité et d'un suivi statistique permanent des inégalités sociales de santé. La ministre de la Santé souligne l'importance de cet objectif [31]. Troisième élément d'importance, la réduction des inégalités sociales de santé fait partie des objectifs prioritaires des agences régionales de santé, avec pour mission de développer l'intersectorialité, ce qui leur enjoint de résoudre sur le terrain une tension, qui n'est pas tranchée au niveau national, entre approche par la précarité/quartiers en difficulté et approche par le gradient, visant à réduire les inégalités dans l'ensemble de la population. Deux livres sont publiés sur les méthodes de réduction des inégalités sociales de santé, à destination des acteurs de la prévention et des responsables des ARS [3, 56].

### Conclusion

Ces vingt dernières années ont été marquées par le développement de l'attention portée aux inégalités

sociales de santé et la distinction qui existe avec la grande précarité et l'exclusion. Des objectifs spécifiques sont apparus, désignés comme prioritaires aux acteurs de la santé publique. Parallèlement, de très nombreuses initiatives sont en cours sur le territoire français. Elles sont malheureusement peu visibles, peu décrites et par conséquent non reproductibles ou généralisables. L'évaluation des interventions de réduction de ces inégalités est un enjeu majeur. Les évaluations de types financier, scientifique, gestionnaire sont confondues. La notion de preuve est encore largement confondue avec celle d'essai expérimental, alors que les besoins de connaissances et d'évaluation sont à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Une demande d'expertise, de compétences, de production d'expériences et d'expérimentations est largement formulée. Les connaissances, au niveau international, sur les interventions et politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé sont encore trop parcellaires. Il est donc nécessaire de promouvoir les expérimentations, de profiter des expériences régionales, de rassembler chercheurs et acteurs autour de ces programmes, d'impulser au niveau national la volonté politique de coordonner ces expériences, mobiliser l'expertise disponible et co-construire les nécessaires interventions locales et nationales de réduction des inégalités sociales de santé. ?

## Évolution de la régulation des dépenses de santé depuis 20 ans

La régulation des dépenses de santé est une question à laquelle sont confrontés de manière récurrente les pouvoirs publics. La volonté de contenir la hausse de la dépense remboursée puis, plus récemment, de la dépense globale de santé, les a conduits au développement d'outils mettant en action différents types de mécanismes. S'agissant des dépenses de soins de ville, la convention médicale<sup>1</sup> a pris une place majeure en tant qu'instrument régulant l'activité et les prescriptions des professionnels de santé. Les mécanismes budgétaires, mis en place en 1996 avec l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), ont eu, dans un premier temps, des effets limités, mais reviennent dans la période récente avec une efficacité accrue. Enfin, en perspective, le vieillissement de la population, avec l'accroissement de la chronicité et des polyopathologies, impose une prise en charge optimisée des malades avec la mise en œuvre d'une médecine de « parcours », comme les travaux

récents du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie l'ont illustré.

### L'émergence et l'institutionnalisation de la maîtrise médicalisée par l'intermédiaire des conventions médicales

Depuis une vingtaine d'années, la maîtrise médicalisée a pris une place croissante dans les politiques de régulation des dépenses de santé, mais aussi dans l'accroissement de la qualité des pratiques des professionnels de santé. La maîtrise médicalisée n'est pas la maîtrise comptable, un temps mise en œuvre au travers d'objectifs quantifiés permettant des régulations prix/volumes. Son objectif est l'amélioration des pratiques médicales en vue de l'amélioration de la qualité des soins. On la justifie généralement par l'existence d'une forte hétérogénéité des pratiques médicales, non explicable par des conditions épidémiologiques particulières ou des cas cliniques spécifiques.

Les conventions médicales, depuis longtemps utilisées pour régir les relations avec les professionnels de santé, ont vu leur finalité progressivement complétée, avec un objectif de régulation des dépenses de santé.

### David Foucaud

Chargé de mission, secrétariat général du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)

### Jean-Philippe Vinquant

Inspecteur général des affaires sociales, ancien secrétaire général du HCAAM

1. Le terme « convention médicale » désigne les textes qui régissent les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins.