adsp 73

adsp

décembre 2010

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

dossier

Les inégalités sociales de santé

Erreur médicale et responsabilité collective

La documentation Française

revue du Haut Conseil de la santé publique

Haut Conseil de la Santé Publique

Président

Roger **Salamon**

Vice-présidente

Isabelle **Momas**

Collège

Personnalités qualifiées

Marc **Eloit** – Marie-Alix **Ertzscheid** – Anne **Laude** – Stéphane **Le Bouler** – Catherine **Le Galès** – Isabelle **Momas** – Roger **Salamon** – Fernand **Sauer** – Anne **Tallec** – Anne **Tursz**

Présidents des commissions spécialisées

Bruno **Grandbastien** – Christian **Perronne** – Roland **Sambuc** – Brigitte **Sandrin-Berthon** – Jean-François **Toussaint** – Denis **Zmirou-Navier**

Membres de droit

Directeur général de la Santé – Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins – Directeur général de l'Autorité de sûreté nucléaire – Directeur de la Sécurité sociale – Directeur de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques – Directeur général de l'Action sociale – Directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie – Président du collège de la Haute Autorité de santé

Commission spécialisée **Maladies transmissibles**

Président

Christian **Perronne**

Vice-président

Jean-Paul **Boutin**

Personnalités qualifiées

Édouard **Bingen** – Jean-Paul **Boutin** – François **Bricaire** – Emmanuel **Camus** – Fabrice **Carrat** – Céline **Cazorla** – Christian **Chidiac** – Pierre **Foucaud** – Dominique **Gendrel** – Jean-François **Guégan** – Sylvie **Larnaudie** – Catherine **Leport** – Nicole **Pasteur** – Hélène **Peigue-Lafeuille** – Christian **Perronne** – Pierre **Pothier** – François **Puisieux** – Carole **Swan** – Patrick **Zylberman**

Membres de droit

Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Commission spécialisée **Maladies chroniques**

Présidente

Brigitte **Sandrin-Berthon**

Vice-président

Serge **Briançon**

Personnalités qualifiées

Jean-Marie **André** – Bernard **Bioulac** – François **Boué** – Serge **Briançon** – Laure **Com-Ruelle** – Hélène **Fagherazzi-Pagel** – Guy **Gozlan** – Hélène **Grandjean** – Isabelle **Grémy** – Jacques **Hugon** – Claude **Jeandel** – Jean-François **Mathé** – Alfred **Penfornis** – Philippe **Ravaud** – Brigitte **Sandrin-Berthon** – Bernadette **Satger** – Jean **Sengler** – Elisabeth **Spitz** – Alain **Vergnenègre**

Membres de droit

Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur général de l'Institut national du cancer – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – Directeur général de l'Agence de la biomédecine

Commission spécialisée **Risques liés à l'environnement**

Président

Denis **Zmirou-Navier**

Vice-président

Pierre **Verger**

Personnalités qualifiées

André **Aurengo** – Thomas **Barnay** – Serge **Boarini** – Patrick **Brochard** – Claude **Casellas** – Mireille **Chiron** – Sylvie **Crauste-Manciet** – Bruno **Fouillet** – Emmanuel **Henry** – Yvon **Le Moullec** – Francelyne **Marano** – Christophe **Paris** – Jacques **Puch** – Jean-Louis **Roubaty** – René **Seux** – Pierre **Verger** – France **Wallet** – Denis **Zmirou-Navier**

Membres de droit

Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail – Directeur général de l'Institut national du cancer – Directeur général de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

Commission spécialisée **Sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques**

Président

Bruno **Grandbastien**

Vice-président

Philippe **Michel**

Personnalités qualifiées

Antoine **Andremont** – Robert **Anton** – Elisabeth **Bouvet-Koskas** – Rémy **Collomp** – Pierre **Czernichow** – Jacques-Christian **Darbord** – Michel **Dupon** – Jean-François **Gehanno** – Bruno **Grandbastien** – Dominique **Grimaud** – Joseph **Hajjar** – Philippe **Hartemann** – Dominique **Le Bœuf** – Régine **Léculée** – Chantal **Léger** – Sylvie **Legrain** – Alain **Lepape** – Jean-Christophe **Lucet** – Sanaa **Marzoug** – Philippe **Michel** – Dominique **Orphelin** – Marie-Laure **Pibarot** – Bruno **Pozzetto** – Christian **Rabaud** – Jean-Hugues **Trouvin** – Philippe **Vanhems**

Membres de droit

Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – Directeur général de l'Agence de la biomédecine – Directeur général de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire – Directeur général de l'Établissement français du sang

Commission spécialisée **Prévention, éducation et promotion de la santé**

Président

Jean-François **Toussaint**

Vice-président

Marie-Hélène **Bouvier-Colle**

Personnalités qualifiées

Paolo **Antonelli** – Carole **Baeza** – François **Baudier** – Eric **Billaud** – François **Bourdillon** – Marie-Hélène **Bouvier-Colle** – Denis **Caillaud** – Pierre **Chauvin** – Dominique **Combret** – Marie-José **Couteau** – Véronique **de la Source** – Michel **Debout** – Nelly **Dequidt** – Jean-François **Duhamel** – Laurence **Fond-Harmant** – Olivier **Ganry** – Marcel **Goldberg** – Sophie **Guillaume** – Virginie **Halley des Fontaines** – Serge **Hercberg** – Martine **Huot-Marchand** – Thierry **Lang** – Yves **Lecarpentier** – Franck **Le Duff** – Patrick **Peretti-Watel** – Pierre **Polomeni** – Monique-Marie **Rousset** – Bernard **Siano** – Jean-François **Toussaint** – Alain **Trugeon**

Membres de droit

Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Institut national du cancer

Commission spécialisée **Évaluation, stratégie et prospective**

Président

Roland **Sambuc**

Vice-président

Chantal **Cases**

Personnalités qualifiées

Jean-Claude **André** – Marie-Odile **Carrère** – Chantal **Cases** – Yves **Charpak** – Franck **Chauvin** – Bertrand **Dargelos** – Benoît **Dervaux** – Eric **Jougla** – Alain **Letourmy** – Gérard **Parmentier** – Bernard **Perret** – Roland **Sambuc** – Marie-Paule **Serre** – Emmanuel **Vigneron**

Membres de droit

Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – Directeur général de l'Agence de la biomédecine – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur général de l'Institut national du cancer – Directeur général de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Haut Conseil de la santé publique

coordonnées

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Télécopie : 01 40 56 79 49
Site : htpp://www.hcsp.fr
Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

bureaux

11 place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Buffon
75014 Paris
5e étage, accueil pièce 5010
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique

décembre 2010 **numéro 73**

Directeur de la publication
Roger Salamon, président du HCSP

Rédacteur en chef
Patricia Siwek

Comité de rédaction
Serge Boarini, Serge Briançon, Chantal Cases, Sandrine Chambarétaud, Dominique Deugnier, Pascale Gayrard, Isabelle Grémy, Dominique Grimaud, Alain Jourdain, Dominique Le Bœuf, Yves Lecarpentier, Franck Le Duff, Claire Méheust, Isabelle Momas, Pierre Polomeni, Monique-Marie Rousset, Fernand Sauer

Secrétaire de rédaction
Catherine de Pretto

Coordonnées de la rédaction
Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 56
Télécopie : 01 40 56 79 49
Courriel : hcsp-adsp@sante.gouv.fr
Site : htpp://www.hcsp.fr

Demandes d'abonnement
Direction de l'**information légale et administrative**
Bulletin d'abonnement : 3e de couverture

Réalisation
Philippe Ferrero

Relecture
Nelly Zeitlin

Ont participé à ce numéro
Christian Baudelot, Yann Bourgueil, Chantal Cases, Pierre Chauvin, Giuseppe Costa, Sandrine Danet, Nicolas De Riccardis, Séverine Deguen, Pascale Estecahandy, Magali Eymery, Hector Falcoff, Lucie Gonzalez, Hélène Grandjean, Jean-Pierre Grünfeld, Florence Jusot, Thierry Lang, Annette Leclerc, Pierre Lombrail, Chiara Marinacci, Maria Melchior, Alexis Montaut, Isabelle Niedhammer, Lucille Olier, Sandrine Plouvier, Louise Potvin, Nicolas Prisse, Christian Saout, Teresa Spadea, Alfred Spira, Alain Trugeon, Denis Zmirou-Navier

adsp actualité et dossier en santé publique
est publiée par La Documentation française

Revue trimestrielle 15,00 euros
Abonnement annuel (4 numéros) 45,00 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.
© 2010 Haut Conseil de la santé publique.
Photographies : © mamastock, Dron - Fotolia.com.
Dépôt légal janvier 2011. ISSN 1771-7450.
Imprimerie : Imprimerie de la Direction de l'information légale et administrative, 75015 Paris.

éditorial

2 Les inégalités sociales de santé
Chantal Cases

HCSP DIRECT

3 Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique

actualité

4 Erreur médicale et responsabilité collective
Comment améliorer le système de traitement des erreurs médicales dans les établissements de santé ?
Magali Eymery

repères

58 formation
Master en santé publique en présentiel et *via* internet

59 organisme
Institut de recherche et documentation en économie de la santé

60 lectures

63 brèves internationales

63 lois & réglementation

prochain numéro

dossier n° 74
Les agences régionales de santé, un an après

Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé traversent l'ensemble de la population française et témoignent du creusement des écarts sociaux en dépit des politiques publiques de santé successives. Elles ont de nombreux facteurs : revenus, éducation, travail, environnement, modes de vie, accès aux soins... qui s'accumulent tout au long de la vie.

dossier coordonné par **Thierry Lang**

7 Sommaire
8 Les caractéristiques des inégalités sociales de santé
21 Des déterminants multiples
38 Expériences nationales et internationales
47 Tribunes
55 Bibliographie générale

Réduire les inégalités sociales de santé : la mission n'est pas impossible

Chantal Cases
Directrice de l'Ined,
membre du HCSP

Comme le soulignait le rapport du Haut Conseil de santé publique[1], l'objectif d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chacun en particulier, quelle que soit son origine ou son appartenance sociale, est largement partagé et inscrit dans les grands textes fondateurs de notre République. Notre système de santé a bien atteint son premier objectif : l'espérance de vie ne cesse de s'accroître dans des proportions importantes sur les dernières années, de l'ordre de trois mois par an, un quart d'heure par heure ! Mais il faut bien reconnaître qu'il peine, et même recule, devant le second. Si l'espérance de vie de toutes les catégories sociales augmente, la progression est plus rapide pour les plus favorisés.

Le constat des inégalités sociales de santé a aujourd'hui largement été dressé en France. La première partie du dossier présenté ici le résume clairement : quel que soit l'indicateur de santé ou de niveau social utilisé, l'état de santé s'améliore toujours avec le statut social, et cette inégalité s'est aggravée au cours des années récentes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadre et ouvrier est aujourd'hui de 7 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes. Chez les hommes, cela correspond à l'allongement de la durée de vie à 35 ans depuis les années cinquante. Ces inégalités d'espérance de vie se doublent d'inégalités dans le nombre d'années vécues en bonne santé, pour lesquels l'écart entre catégories extrêmes est cette fois de l'ordre de 10 ans. Des différences sociales sont également constatées pour la plupart des grandes pathologies. Ces inégalités sociales s'inscrivent dès l'enfance, et se renforcent au fil des histoires de vie.

Il est également bien connu que ces différences ne se limitent pas à une opposition entre les plus défavorisés et les autres. Bien sûr les personnes cumulant les facteurs de précarité, les personnes aux conditions de travail les plus pénibles, ont des risques de décès ou de maladies particulièrement importants. Mais on assiste en fait à une détérioration graduelle des indicateurs de santé tout au long de la distribution des revenus.

Il est également clair que la situation est plus défavorable en France que dans chacun des pays d'Europe de l'Ouest, même si partout en Europe, des disparités de même nature sont observées. Les inégalités sociales interfèrent aussi avec de fortes disparités territoriales, de mieux en mieux observées avec l'utilisation systématique et conjointe des données de mortalité, des bases de données de l'assurance maladie et des grandes enquêtes en population.

Les inégalités sociales de santé sont, certes, de bien moindre ampleur que les inégalités de revenus ou de patrimoine[2]. Mais elles sont considérées comme plus inéquitables que toutes les autres, tant la santé est un élément essentiel de ce que les économistes appellent « le capital humain », et tant elle conditionne les possibilités de participer à la société. Au delà du constat, les causes de ces inégalités sont également de mieux en mieux connues. Multifactorielles, elles tiennent aussi bien aux conditions et à l'environnement de vie et de travail qu'à l'accès et à la bonne utilisation du système de soins. La deuxième partie du dossier illustre les différentes facettes de ces déterminants sociaux, ainsi que de la construction de ces inégalités tout au long de la vie, et même au fil des générations.

Même si l'on est loin en la matière d'une politique fondée sur des preuves, et même s'il reste beaucoup de travail aux chercheurs pour affiner leurs diagnostics et surtout évaluer les dispositifs de réduction de ces inégalités, on en sait suffisamment aujourd'hui pour agir. D'autres pays l'ont fait, avec un certain succès : on peut ainsi s'appuyer sur l'expérience du Royaume Uni ou des Pays-Bas qui, depuis les années 1980, ont mis en place une stratégie volontariste de réduction des inégalités, ou sur l'exemple du Québec, qui nous est rappelée en troisième partie de ce dossier.

Pour agir, il faut d'abord mobiliser collectivement, et au delà du système de santé, autour de cet objectif. La réduction des inégalités sociales de santé est encore trop peu présente dans le débat public dans notre pays. Il faut que la réduction de ces inégalités soit un objectif interministériel ; il faut évaluer l'impact *a priori* et *a posteriori* des politiques intersectorielles sur la santé et ses inégalités. Face à des causes multiples, il faut articuler des politiques diversifiées : politiques de long, moyen termes et de « rattrapage » ; politiques nationales et locales. Les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, ont un rôle essentiel à jouer dans un domaine où les actions ciblées et de proximité ont montré leur efficacité. Et puisque la santé se construit dès l'enfance, c'est d'abord auprès des enfants qu'il faut agir : par l'éducation, par la prévention, en favorisant leur accès effectif aux soins…

Mais la responsabilité du système de soins, même si elle n'est que partielle, ne doit pas être laissée de côté. Le dossier illustre bien le rôle essentiel que peut avoir l'organisation et la formation de la médecine de premier recours en la matière, ou encore la solvabilisation de l'accès aux soins.

Enfin, pour ne pas tâtonner, la politique de santé doit disposer de connaissances à jour, d'un système de surveillance régulier et d'un suivi coordonné de ses objectifs. Nous sommes aujourd'hui à un tournant vis-à-vis des inégalités sociales de santé. La volonté d'agir est affirmée. Elle doit se concrétiser par une politique globale et coordonnée, et la définition d'une démarche structurée. Ce n'est pas aujourd'hui une mission impossible. ■

1. Haut Conseil de la santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Coll. Avis et rapports, Paris : La Documentation française ; avril 2010.

2. Trannoy Alain « les inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles », *Économie publique* n° 24-25, 2009/1-2.

Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique

Les avis du HCSP de juillet à décembre 2010

22 SEPTEMBRE 2010

Avis relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme

Par cet avis, le Haut Conseil de la santé publique souhaite rappeler l'importance d'une action soutenue et réactualisée en matière de lutte contre le tabagisme, actif et passif. En effet, en amont des crises sanitaires, les problèmes posés par l'usage du tabac sont patents : nombre élevé de fumeurs en particulier chez les jeunes, facteur d'inégalité de santé, morbidité/mortalité fortes. Ils méritent une attention soutenue. Cet avis priorise des recommandations volontaristes.

Par ailleurs, le Haut Conseil de la santé publique est conscient de la nécessité de poursuivre d'autres axes de prévention et d'intervention contre le tabagisme, tels qu'une prise en compte des facteurs psychosociaux facilitant l'usage du tabac, ou les liens avec les autres addictions.

24 SEPTEMBRE 2010

Avis relatif à l'actualisation de la stratégie vaccinale grippe, saison 2010-2011

À la suite de la déclaration officielle par l'OMS de la fin de pandémie grippale à virus A(H1N1)v, la direction générale de la Santé a demandé au Haut Conseil de la santé publique d'actualiser la stratégie de vaccination contre la grippe pour la saison 2010-2011. Cet avis a été élaboré sur la base des données épidémiologiques actualisées de l'Institut de veille sanitaire et des données de l'Afssaps concernant le statut réglementaire accordé aux vaccins monovalents A(H1N1)v.

29 OCTOBRE 2010

Avis relatif à la mise en œuvre du règlement sanitaire international

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi par la Direction générale de la santé le 30 décembre 2009 afin de réaliser, dans le cadre de la mise en œuvre du règlement sanitaire international (RSI), une identification et une évaluation des menaces de santé publique qui pourraient se propager par les moyens de transport ou leurs passagers, notamment dans les champs suivants :

- maladies transmissibles et leurs agents dont zoonoses et maladies vectorielles ;
- contamination de produits importés d'origine naturelle ou anthropique.

29 OCTOBRE 2010

Avis relatif à la vaccination par le vaccin contre la grippe par voie intradermique Intanza® 15 µg

Le HCSP actualise son avis en date du 28 mai 2010 en ce qui concerne les recommandations de vaccination par le vaccin contre la grippe saisonnière par voie intradermique Intanza® 15µg.

Ces avis et rapports sont consultables sur http://www.hcsp.fr

---

alcoologie et addictologie

2010 ; 32 (4) : 265-348

Éditorial

- Les compétitions de consommation, *Véronique Nahoum-Grappe*

Études originales

- Conduites addictives avec ou sans substance. Étude de leurs déterminants psychologiques, *Greg Décamps, Laetitia Idier, Michèle Koleck*
- Le tabagisme des seniors : stress et addictions associées, *Lydia Fernandez, Jacqueline Finkelstein-Rossi, Carole Fantini-Hauwel, Serge Combaluzier, Mounia Hamraoui, Maxime Bellego*
- Attitudes et croyances infirmières envers le mésusage d'alcool du sujet âgé : étude exploratoire auprès de 301 infirmiers hospitaliers, *Pascal Menecier, Audrey Poillot, Laure Menecier-Ossia, Delphine Lefranc, Sandrine Plattier, Louis Ploton*

Mise au point

- Alcool et vieillissement cérébral, *Christian Derouesné*
- Alcoolo-dépendance et trouble de stress post-traumatique. Épidémiologie, étiologie et psychothérapies validées empiriquement, *Danièla Éraldi-Gackière†, Abdel Halim Boudoukha*
- Étude de la consommation d'alcool avec la méthode d'échantillonnage des expériences – ESM, *Karen Carvalho de Castro, Mathilde M. Husky, Joel Swendsen*
- Trouble déficit de l'attention/hyperactivité de l'adulte et troubles addictifs : une liaison dangereuse, *Jennyfer Augy, Marie Grall-Bronnec, Anne Sauvaget, Jean-Luc Vénisse*

Congrès

- 2e journée interassociative de la Fédération française d'addictologie. Addictions : la loi à sa place, *mai 2010, Paris*

Vie de la SFA

- Groupes. Prochaines réunions

Informations

- Recommandations aux auteurs. Annonces. Agenda. Revue de la littérature. Livres. Actualités. Index 2010

Alcoologie et addictologie. Pr Michel Lejoyeux. 64, avenue du Général-de-Gaulle. 92130 Issy-les-Moulineaux. Télécopie : 01 40 95 72 15. www.sfalcoologie.asso.fr.

Erreur médicale et responsabilité collective

Magali Eymery
Inspecteur sécurité et sûreté biologiques
L'auteur s'exprime à titre personnel.

Repérer et éviter la reproduction d'une erreur médicale est nécessaire pour améliorer le système de santé : il est indispensable d'identifier les causes réelles et possibles de ces accidents ou incidents, et de recueillir le signalement des événements indésirables survenant dans les établissements de santé.

La patiente avait 6 mois, une erreur médicale a conduit à la paralysie de ses membres inférieurs. Il était anesthésiste, il avait 31 ans, il a reconnu son erreur et s'est suicidé. Deux vies brisées. Situation inacceptable autant pour l'une que pour l'autre. Depuis plusieurs années, différents dispositifs ont été mis en place pour traquer ces erreurs médicales et éviter qu'elles ne se reproduisent. InVS, Afssaps, EFS, ARS… beaucoup de structures sont mobilisées pour traquer ces erreurs. Mais est-ce suffisant ? Apparemment non, si une erreur ne conduit plus à une mais à deux vies brisées.

Introduction

L'article L. 1413-14 du Code de la santé créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoyait initialement que « *tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente* ». Suite aux crises majeures liées au sang contaminé, à l'hormone de croissance et aux infections nosocomiales qui ont touché le système de santé, il était devenu indispensable de mettre en place un système de vigilance ciblé sur la surveillance des événements indésirables liés aux produits de santé. Tout comme la Food and Drug Administration avait été créée aux États-Unis en 1927 après des scandales touchant la chaîne alimentaire et les médicaments.

Le système de vigilance français, bien qu'instauré tardivement, allait rapidement étendre ses frontières des produits de santé aux soins dans leur globalité. En effet, depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'article L. 1413-14 du Code de la santé (revu récemment par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010) prévoit que « *tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé* ».

Une balkanisation des vigilances

Aux côtés des agences régionales de santé (ARS), plusieurs autres acteurs majeurs de la sécurité sanitaire participent également activement à cette vigilance : l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) pour les événements indésirables liés à un des dix-sept types de produits à finalité sanitaire ou cosmétique destinés à l'homme mentionnés à l'article L. 5311-1 du Code de la santé publique, l'Établissement français du sang (EFS) pour les produits sanguins, l'Agence de biomédecine pour les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation ainsi que pour les activités liées aux greffes d'organes, tissus et cel-

lules, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) qui a en charge la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population ainsi que la veille et la vigilance sanitaires, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) dans le domaine alimentaire qui est devenue l'Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail… Une multiplication des acteurs et donc des destinataires qui complexifie les démarches à accomplir par les professionnels pour signaler un événement indésirable.

Ce point a d'ailleurs été identifié dans le rapport annuel par le Pôle santé et sécurité des soins du médiateur de la République comme étant l'un des deux freins au développement de la culture du signalement des incidents et accidents par le corps médical, en prenant « *l'exemple d'une personne qui dans un hôpital se ferait opérer pour une prothèse de hanche, serait transfusée lors de cette intervention et décéderait. En pareil cas, on peut identifier jusqu'à neuf signalements possibles puisque l'on pourrait suspecter un problème infectieux (à signaler à la Direction des affaires sanitaires et sociales), ou lié à la transfusion (Établissement français du sang), ou encore au matériel utilisé (Afssaps), etc. Par ailleurs, ces signalements doivent être faits à des personnes qui ne communiquent pas systématiquement entre elles, ce qui rend l'analyse de l'accident encore plus complexe* » [1]. Tout comme le Pôle santé et sécurité des soins (P3S) constitue aujourd'hui la préfiguration d'un système à guichet unique pour la remontée d'information de la part du citoyen, il apparaît nécessaire de créer son équivalent pour recueillir la remontée d'information relative aux incidents et accidents graves de la part des professionnels de santé.

Il est d'ailleurs à noter que sur les 4795 requêtes reçues en 2009 par le P3S (qui concernent pour 60 % des événements indésirables médicaux ou chirurgicaux, 17 % des infections associées aux soins, 10 % des violences, 8 % des non-respect des droits des patients et 5 % des événements liés à un produit de santé), 15 % de ces signalements étaient en provenance des professionnels de santé. Des professionnels de santé qui recherchent peut-être ainsi la possibilité d'exprimer un sentiment d'impuissance et d'incompréhension devant leur propre administration.

Du guichet unique au bureau d'enquête

Mais l'insuffisance des signalements s'explique aussi par l'absence de mesures de protection des professionnels quand ils effectuent une déclaration, ce qui peut les conduire à se retrouver pénalisés. D'ailleurs, les événements signalés par les usagers des services de santé au médiateur de la République sont dans « *40 % des cas liés à un préjudice susceptible d'entraîner des poursuites disciplinaires ou d'engager la responsabilité pénale, civile ou administrative d'un professionnel de santé* » [1]. Il est compréhensible dans ce contexte que certains professionnels soient tentés de retenir des informations par peur des suites judiciaires, même si cette peur de la « judiciarisation » n'est pas proportionnelle au nombre de cas réellement traités devant les tribunaux. Devant une demande croissante des patients de plus de transparence et le repli des professionnels de santé, une solution doit être trouvée pour restaurer une confiance réciproque entre le patient et son médecin.

Sans remettre en question, en aucune manière, le système mis en place pour indemniser les patients victimes d'une erreur médicale des préjudices subis, soit par la solidarité nationale par le biais de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), soit par le système assurantiel, qui est là pour pallier les conséquences, il est indispensable d'identifier les causes réelles et possibles de ces accidents ou incidents, de recueillir le signalement des événements indésirables survenant dans les établissements de santé, pour pouvoir utiliser ces informations et ainsi mieux traiter les patients.

En effet, lors d'un colloque sur la thématique de l'évaluation des pratiques professionnelles organisé par la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Institut droit et santé (IDS) en mars 2008, la directrice de la supervision de l'Institut national de la santé du Danemark constatait que les événements indésirables dans les hôpitaux danois représentaient 5000 décès, 40000 erreurs reconnues, 280000 jours d'hospitalisation supplémentaires, soit environ 493 millions d'euros alors que 40 % de ces événements indésirables auraient pu être évités [2]. L'erreur est humaine, ce qui n'est pas acceptable, c'est sa répétition. Or, comment les éviter, comment apprendre de ces erreurs si elles ne sont pas déclarées ou partiellement analysées ?

Tout comme l'aviation civile dispose de son Bureau d'enquête et d'analyses (BEA) chargé, pour la France, des enquêtes techniques sur les accidents ou incidents [3], enquêtes techniques qui ont pour seul objectif de collecter et d'analyser les informations utiles, de déterminer les circonstances et les causes certaines et possibles ayant mené à l'accident ou l'incident et, s'il y a lieu, d'établir des recommandations de sécurité afin de prévenir les futurs, il faut que le système de santé dispose de son bureau d'enquête des accidents médicaux vers lequel puissent se tourner les professionnels de santé. Et pour lever les freins, il faut pouvoir assurer la confidentialité des informations qui lui sont confiées et qu'il ne soit en aucun cas punitif, donc distinct de l'inspection et du système de police sanitaire. Pour créer ainsi un espace où la parole des professionnels de santé puisse se libérer dans un climat de confiance pour rechercher ensemble les causes et non le ou les coupables et réaliser ainsi une analyse cause-racine complémentaire à l'analyse préalablement effectuée par les personnels du service impliqué.

Aller chercher les causes à la racine

En effet, le système de santé est de plus en plus orienté vers une prise en charge multidisciplinaire des patients. L'utilisation de technologies de pointe, tout comme les poly-pathologies liées ou non au vieillissement de la population permettent de moins en moins au seul opérateur fautif d'identifier l'ensemble des causes qui ont pu conduire à une défaillance du système.

Les revues de morbidité/mortalité (RMM) existent déjà depuis plusieurs années au sein par exemple des services de réanimation, où de multiples technologies sophistiquées (machine de ventilation, de dialyse…) sont mises en œuvre et qui sont eux-mêmes en interface avec des plateaux techniques de plus en plus performants (blocs chirurgicaux, laboratoires d'analyses, radiologies) [4]. Ces RMM sont très efficaces pour revoir et améliorer les procédures au sein du service concerné, mais se limitent le plus souvent à celui-ci. Ce qui permet d'identifier les causes primaires d'un accident ou d'un incident, mais rarement les causes fondamentales. L'objectif étant aussi de remplacer une

erreur humaine isolée et la culpabilité personnelle de l'opérateur par une prise en charge collective du problème afin d'éviter qu'il ne se répète ailleurs.

L'objectif n'est pas d'arriver à une prédictibilité des événements qui se rapprocherait de la célèbre question posée par le météorologue Edward Lorentz : *Le battement d'ailes d'un papillon au Brésil peut-il provoquer une tornade au Texas ?*, plus connu sous le nom d'effet papillon, mais d'arriver concrètement à identifier et à agir sur des éléments convergents qui, pris isolément, peuvent apparaître comme étant des causes mineures, mais qui additionnés peuvent avoir de grands effets. Chaque opérateur n'étant qu'un maillon de la prise en charge du patient dans son parcours de soins, il convient de regarder la chaîne entière.

Pour cela, il faut, en plus de l'analyse réalisée au sein du service, une analyse plus globale du système des soins et de la prise en charge du patient. Seul un regard expert neutre et indépendant, et donc externe à l'établissement où l'accident ou l'incident a eu lieu, peut permettre de mettre en évidence par exemple des défauts d'organisation dans la charge de travail ou le passage de l'information, dans le management ou la formation du personnel.

Il en va de même pour les déclarations de maltraitance « ordinaire », certaines des causes évoquées par les professionnels de santé pour l'expliquer étant liées à la souffrance des professionnels eux-mêmes (ce qui inclut des conditions de travail difficiles) et aux lacunes organisationnelles (encadrement, organisation des soins rigide et mal adaptée, manque de professionnels formés et stables) [5].

Conclusion

Devant la crise de confiance qui touche patients et professionnels de santé et le repli de ces derniers, un espace a été ouvert aux patients afin qu'ils puissent s'exprimer et se faire conseiller par le biais du P3S du médiateur de la République et des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI). Or, pour continuer à améliorer le système de santé, il est nécessaire de créer un espace où les professionnels pourront à leur tour exprimer leurs difficultés sans craindre d'être étiquetés « coupables ! ». Après avoir commis une erreur, le poids de la culpabilité du professionnel de santé est présent à tous les instants. Le risque est de le voir soit se banaliser, soit devenir insupportable. Il faut donc savoir diminuer, sans la faire disparaître, la responsabilité individuelle de l'opérateur et augmenter la responsabilité globale du système, jusqu'à trouver un équilibre raisonnable entre usagers et professionnels du système de santé.

Une erreur médicale est souvent consécutive d'une mauvaise décision. Or la prise de décision en santé répond à certaines spécificités telles que l'incertitude, l'organisation sanitaire, l'urgence et l'obligation d'agir, la composante émotionnelle et la prééminence de l'individu [6]. Il convient de ne pas nier la difficulté, mais au contraire d'apporter les moyens pour que la prochaine décision soit la bonne.

Références

1. Synthèse annuelle du Pôle santé et sécurité des soins, 2009, p. 13.
2. Colloque HAS-IDS des 13 et 14 mars 2008 sur le thème : « Évaluation des pratiques professionnelles : enjeux sanitaires et juridiques », présentation d'Anne Mette Dons, directrice de la supervision de l'Institut national de la santé du Danemark, p. 6.
3. Colloque HAS-IDS des 13 et 14 mars 2008 sur le thème : « Évaluation des pratiques professionnelles : enjeux sanitaires et juridiques », présentation de M. René Amalberti, ancien responsable facteurs humains et sécurité aérienne aux Autorités européennes de l'aviation civile (JAA).
4. Colloque HAS-IDS des 13 et 14 mars 2008 sur le thème : « Évaluation des pratiques professionnelles : enjeux sanitaires et juridiques », présentation du Dr Benoît Misset, Service de réanimation, GH Paris Saint-Joseph, faculté de médecine Paris-Descartes.
5. Compagnon C., Ghadi V. *La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages*. 2009.
6. Tabuteau D. *La décision en santé*. Revue *Santé publique*, n° 4, juillet-août 2008, p. 303-304.

Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie, à 35 ans, de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. Ces inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes, et elles ont eu tendance à s'accroître ces dernières années.
Les déterminants de santé ne concernent pas seulement les soins individuels et notamment l'accès aux soins. De nombreuses études ont mis en évidence d'autres déterminants socio-économiques : l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes, mais aussi des comportements individuels de santé largement liés aux facteurs sociaux.

dossier coordonné par **Thierry Lang**
Épidémiologiste, Département d'épidémiologie et de santé publique, Inserm U558, membre du HCSP

8 Les caractéristiques des inégalités sociales de santé

8 Inégalités sociales de santé : comment les appréhende-t-on ?
Sandrine Danet

14 Inégalités sociales de santé et territoires
Alain Trugeon

17 Inégalités sociales de santé et précarité
Pierre Chauvin, Pascale Estecahandy

19 Économie et inégalités sociales de santé
Chantal Cases, Lucie Gonzalez, Lucile Olier

21 Des déterminants multiples

21 Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie
Thierry Lang

24 Le système de soins et les inégalités sociales de santé
Pierre Lombrail

27 Expositions environnementales et inégalités sociales de santé
Séverine Deguen, Denis Zmirou-Navier

29 Travail et inégalités sociales de santé
Annette Leclerc, Isabelle Niedhammer, Sandrine Plouvier, Maria Melchior

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

34 Inégalités sociales de santé et avancée en âge
Alexis Montaut, Nicolas De Riccardis

38 Expériences nationales et internationales

38 La lutte contre les inégalités sociales de santé à travers les soins primaires : le grand soir ou les petits matins ?
Yann Bourgueil, Florence Jusot

41 Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ?
Hector Falcoff

43 Inégalités sociales dans la santé : défis et priorités de recherche dans le contexte européen
Giuseppe Costa, Chiara Marinacci, Teresa Spadea

45 Le Québec innove pour la réduction des inégalités sociales de santé
Louise Potvin

47 Tribunes

47 Savoir, devoir, pouvoir
Christian Saout

49 Réduire les inégalités : un des objectifs principaux du Plan cancer 2009-2013
Jean-Pierre Grünfeld

51 Recherche et inégalités sociales de santé
Alfred Spira

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

55 Bibliographie générale

Les caractéristiques des inégalités sociales de santé

Particulièrement marquées en France, les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître. Elles concernent l'ensemble de la population selon un gradient continu et n'ont pas la même ampleur selon la situation géographique. Au-delà de leur caractère injuste, elles présentent un poids pour l'économie.

Inégalités sociales de santé : comment les appréhende-t-on ?

Sandrine Danet
Médecin de santé publique, épidémiologiste, chargée de mission, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Malgré l'amélioration des conditions de vie et les progrès des prises en charge médicales, des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France. Un important travail de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) [64] leur a été consacré, ainsi qu'un chapitre spécifique du rapport 2002 du Haut Comité de la santé publique [48] et plus récemment par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) [49]. Ce dernier soulignait que, si l'on observe des inégalités sociales de santé (morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) dans tous les pays à des degrés divers, elles demeurent dans notre pays plus importantes que dans la plupart des autres pays européens et, pour certains indicateurs de santé, se sont aggravées au cours des dernières décennies.

De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités. Parmi ceux qui ont été avancés, on trouve : les conditions de vie, et notamment de travail, les modes de vie et comportements à risque,

Le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique prévoit la publication régulière d'un ensemble d'indicateurs transversaux comme instrument de pilotage et d'amélioration de la politique de santé publique en complément des indicateurs spécifiques proposés pour les principaux problèmes de santé. Ils participent à la connaissance de la performance du système de santé. Des indicateurs permettant de renseigner les inégalités sociales de santé ont été proposés. Cet article, issu du rapport de suivi des indicateurs associés aux objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique apporte les éléments de cadrage permettant de décrire les inégalités sociales de santé en France.

1. *L'état de santé de la population en France. Rapport 2009-2010- Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*. Drees, 315 p.

Remerciement aux contributeurs : E. Cambois (Ined), Irdes, Insee.

le rôle cumulatif des différences de conditions de vie au cours de l'existence, la causalité inverse selon laquelle l'état de santé expliquerait les différences de revenus, l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie), le rôle du système de santé et de soins, certains facteurs nationaux dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et sociales [27], etc. Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène, qui résulte à l'évidence de causalités combinées.

Il n'en reste pas moins important d'en observer les évolutions au moyen d'indicateurs synthétiques. L'impact des politiques publiques sur la réduction des inégalités de niveau de vie ou d'éducation et d'accès au système de santé et de soins pourra être suivi à moyen et long termes à l'aide de ces données chiffrées. Définir des indicateurs de mesure des inégalités sociales en matière de santé suppose, d'une part, de déterminer les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution et, d'autre part, d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts. En sus de ces critères de pertinence, la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs sont des éléments déterminants de leur choix. Concernant les champs de la santé pertinents, le rapport de définition des indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la santé publique de 2004[1] a retenu notamment :

- des indicateurs synthétiques de santé comprenant, d'une part, des indicateurs de santé perçue, de santé fonctionnelle et maladies chroniques déclarées ; d'autre part, des indicateurs d'espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale – ce seuil de 35 ans correspondant à l'âge auquel les variables actuellement utilisées pour la caractérisation des groupes sociaux sont « stabilisées » pour la majorité de la population ;
- des indicateurs d'accès aux soins, comme le nombre de personnes bénéficiant de la couverture médicale universelle et le taux de renoncement aux soins.

Concernant les critères sociaux, deux variables de stratification ont été choisies :

- la répartition de la population en six catégories selon la classification « profession et catégorie sociale » (PCS) qui est le plus souvent utilisée en France ;
- la répartition de la population selon le niveau d'études en quatre catégories (primaire, premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur).

Ces deux variables doivent permettre d'établir des comparaisons européennes, soit directement pour le niveau d'études, soit *via* un algorithme de conversion pour la catégorie socioprofessionnelle. L'interprétation et le suivi de ces indicateurs devront toutefois prendre en compte certaines limites. Le premier niveau de la PCS, classiquement utilisé en France, regroupe les ouvriers non qualifiés et les autres dans une même catégorie « ouvriers ». La PCS est également moins pertinente pour l'étude des inégalités de santé chez les femmes qui n'exerçaient souvent pas d'activité professionnelle reconnue dans les générations anciennes : le niveau d'instruction serait dans ce cas plus approprié. De même, l'utilisation du critère du niveau d'études pour analyser des évolutions est délicate eu égard à l'élévation du niveau moyen d'études au cours du temps. Le contenu de ces catégories peut en outre varier au fur et à mesure que l'organisation sociale se modifie, ce qui peut rendre difficile l'interprétation d'une évolution des écarts de santé observés entre des groupes dont la nature est elle-même changeante. Un groupe social dont l'effectif se réduit, comme celui des sans-diplômes ou des ouvriers non qualifiés, peut ainsi représenter un groupe de population de plus en plus socialement sélectionné et connaître de ce fait une évolution défavorable des indicateurs de santé. La manière de classer les chômeurs mais aussi les autres inactifs et les retraités dans la taxinomie PCS pose également problème car ces statuts d'activité peuvent être associés à des risques spécifiques en matière de santé. Or ils évoluent au gré de la situation du marché du travail et n'ont pas la même résonance selon le statut antérieur, l'âge ou les autres caractéristiques démographiques et sociales des personnes concernées.

Indicateurs synthétiques d'état de santé

Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques : un gradient social marqué

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la « santé perçue » apparaît cependant comme un indicateur pertinent de l'état de santé et très lié aux autres indicateurs de l'état de santé. Des travaux récents [34] montrent l'existence d'une hétérogénéité de déclarations, liée à la situation démographique affectant l'ensemble des indicateurs considérés. Parmi ceux-ci, la déclaration de maladies chroniques souffre d'un « biais de pessimisme » lié à l'éducation, à la profession et aux revenus. En revanche, les indicateurs de santé perçue et de limitations d'activité semblent moins biaisés et peuvent être considérés comme de bons outils de mesure dans l'objectif d'une surveillance globale des inégalités sociales de santé. On observe un gradient social marqué pour ces indicateurs d'état de santé : les ouvriers déclarent moins souvent être en bonne santé et plus souvent des limitations d'activité et des maladies chroniques, à l'inverse des cadres et professions intellectuelles supérieures. Les différences sont plus nettes encore entre les actifs et les inactifs. Cela s'explique par le fait que cette dernière catégorie surreprésente des personnes retraitées, plus âgées, et les personnes handicapées (tableau 1).

L'état de santé déclaré varie également selon le niveau de diplôme des personnes interrogées : moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état santé, des limitations d'activité et des maladies

1. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_indicateurs_drees.pdf

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

tableau 1

Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (en pourcentage)

	Part de la population déclarant...			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé[a]	avoir un problème de santé chronique[b]	avoir une limitation d'activité[c]	
Agriculteurs exploitants	96,1	21,0	11,8	1,3
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	97,1	22,1	13,7	3,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98,1	20,6	8,8	7,6
Professions intermédiaires	97,8	23,0	10,3	13,3
Employés	95,4	25,8	14,1	17,4
Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)	94,2	25,1	15,6	13,8
Retraités	80,0	59,3	43,4	29,1
Autres inactifs	90,3	26,4	20,3	14,2
Total	**90,4**	**34,5**	**22,7**	**100,0**

a. Libellé de la question : « *Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais.* »
b. Libellé de la question : « *Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?* »
c. Libellé de la question : « *Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ?* »
Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007, Insee.

tableau 2

Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon le niveau d'études (en pourcentage)

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant...			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé[a]	avoir un problème de santé chronique[b]	avoir une limitation d'activité[c]	
Sans diplôme ou CEP	80,5	50,4	40,2	30,3
CAP – BEPC	92,5	31,0	18,8	9,7
BAC – BAC + 2	93,9	28,9	16,3	38,8
Diplôme supérieur	97,3	23,6	11,3	21,2
Total	**90,4**	**34,5**	**22,7**	**100**

a. Libellé de la question : « *Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais.* »
b. Libellé de la question : « *Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?* »
c. Libellé de la question : « *Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ?* »
Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007, Insee.

chroniques (tableau 2). Selon le *Panel communautaire des ménages*[2] (PCM) en 1998, on constate également dans l'Union européenne (UE) une amélioration de l'état de santé ressenti avec le niveau d'études. De même, l'activité était associée à un meilleur état de santé déclaré : pour l'ensemble de l'UE, les répondants n'ayant pas d'emploi (chômeurs, personnes inaptes au travail ou retraités) sont ceux qui présentent les plus forts taux de personnes considérant que leur état de santé était moyen, mauvais ou très mauvais. Parmi les

2. Le *Panel communautaire des ménages* (PCM) était une enquête longitudinale à objectifs multiples couvrant de nombreux aspects de la vie quotidienne, en particulier l'emploi et le revenu, mais également les caractéristiques démographiques, l'environnement, l'éducation et la santé. En tout, l'échantillon couvrait quelque 60 000 ménages comprenant 130 000 adultes âgés de 16 ans ou plus au 31 décembre de l'année précédente. La première vague s'est déroulée en 1994, alors que l'Union européenne ne comptait que douze États membres. Après huit années d'utilisation (de 1994 à 2001), Eurostat et les États membres ont décidé de mettre un terme au projet du PCM. Il a été remplacé en 2003 par un nouvel instrument permettant de recueillir des statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie, l'EU-SILC (European Union – Statistics on Income and Living Conditions), afin d'adapter le contenu et l'actualité du panel aux nouveaux besoins politiques.

personnes se considérant en très bonne ou en bonne santé, le rapport de la population en situation d'emploi à la population n'occupant pas d'emploi était d'environ deux pour un [25].

Espérance de vie à 35 ans : des écarts sensibles entre les cadres et les ouvriers

L'espérance de vie continue sa progression, mais de façon plus ou moins rapide selon la position sociale. Entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté pour toutes les catégories sociales. Ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue. Au cours de la période 1991-1999, les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont à 35 ans une espérance de vie de 46 ans supplémentaires, contre 39 ans pour les ouvriers. À 35 ans, les femmes ont une espérance de vie de 50 ans quand elles sont cadres et 47 ans quand elles sont ouvrières. Les différences de mortalité demeurent beaucoup plus modérées chez les femmes que chez les hommes : au milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de 3 ans celle des ouvrières, alors que l'écart entre les hommes cadres et ouvriers s'élève à 7 ans. Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles se sont aggravés chez les hommes, alors qu'ils restaient stables chez les femmes [77] (tableau 3).

De telles inégalités se retrouvent dans toute l'Europe, même si l'ampleur des écarts ne peut être précisément comparée. Les études indiquent que l'accroissement des écarts est dû à une baisse plus importante de la mortalité pour les groupes les plus favorisés, liée à la diminution de certaines causes de décès (par maladies cardio-vasculaires notamment) [17].

Espérance de vie sans incapacité : des inégalités aggravées

Aux inégalités d'espérance de vie liées à la catégorie socioprofessionnelle, viennent s'ajouter de fortes inégalités d'espérance de vie sans incapacité[3]. Une étude récente confirme et précise les conclusions d'études antérieures : les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres, mais ils passent aussi plus de temps qu'eux avec des incapacités [18]. La prévalence de l'incapacité provient de l'enquête sur la Santé et les Soins médicaux de 2002-2003. Trois indicateurs d'incapacité y sont examinés :

- les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sans gêne sur les activités du quotidien (difficultés à voir, à entendre, à marcher, à monter et descendre des escaliers, etc.) ;
- les problèmes fonctionnels plus lourds qui gênent la réalisation d'activités courantes ;
- les difficultés dans les activités de soins personnels qui reflètent dans la quasi-totalité des cas des situations de dépendance ou de quasi-dépendance (difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, etc.).

Les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles, 8 années de plus sans gêne dans les activités et 7 ans de plus sans dépendance (figure 1). De manière générale, plus l'espérance de vie est courte, plus les années d'incapacité sont nombreuses. Seuls les agriculteurs bénéficient d'une espérance de vie plus longue que la moyenne, mais avec aussi davantage d'années de limitations fonctionnelles. Ces différences très marquées chez les hommes s'expliquent par le fait que leur catégorie socioprofessionnelle

3. Ces estimations ont été obtenues pour une période différente et avec une méthode propre : elles ne sont donc pas comparables avec les chiffres présentés dans le tableau précédent.

tableau 3

Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie socioprofessionnelle (en années)

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
Hommes								
1976-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37,0	35,5	27,5	38,0
1983-1991	43,5	41,5	41,5	41,0	38,5	37,5	27,5	39,0
1991-1999	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
Femmes								
1976-1984	47,5	46,5	45,5	46,0	45,5	44,5	44,5	45,0
1983-1991	49,5	48,0	47,0	47,5	47,5	46,5	45,5	46,5
1991-1999	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0

Champ : France entière.

Sources : Insee, échantillon démographique permanent et état civil.

Estimation de l'espérance de vie sans incapacité

Méthode

C'est la méthode de Sullivan qui est utilisée pour combiner la prévalence par âge de l'incapacité, établie à partir des données d'enquête, avec la table de mortalité. Les années vécues de la table sont ainsi décomposées en années vécues en incapacité et en années vécues sans incapacité. Comme les enquêtes Santé concernent en général la population vivant en ménage ordinaire, la méthode de Sullivan suggère de tenir compte, dans le partage des années de vie, de celles passées en institution (déduites des taux de résidence en ménages ordinaire), en les considérant comme des années d'incapacité.

Incapacité

Les données de prévalence par âge de l'incapacité sont issues de l'enquête sur la Santé et les Soins médicaux 2002-2003. Trois indicateurs sont utilisés :

- les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles, parmi lesquelles on trouve les niveaux de difficultés les plus modérés, qui n'ont pour la plupart pas de répercussions sur les activités du quotidien (difficultés à voir, à entendre, à marcher, à monter et descendre des escaliers, etc.) ;
- les difficultés dans les activités qui correspondent à des problèmes fonctionnels plus lourds qui gênent la réalisation d'activités courantes ;
- les difficultés dans les activités de soins personnels qui, bien moins courantes, reflètent dans la quasi-totalité des cas des situations de dépendance ou de quasi-dépendance (difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, etc.).

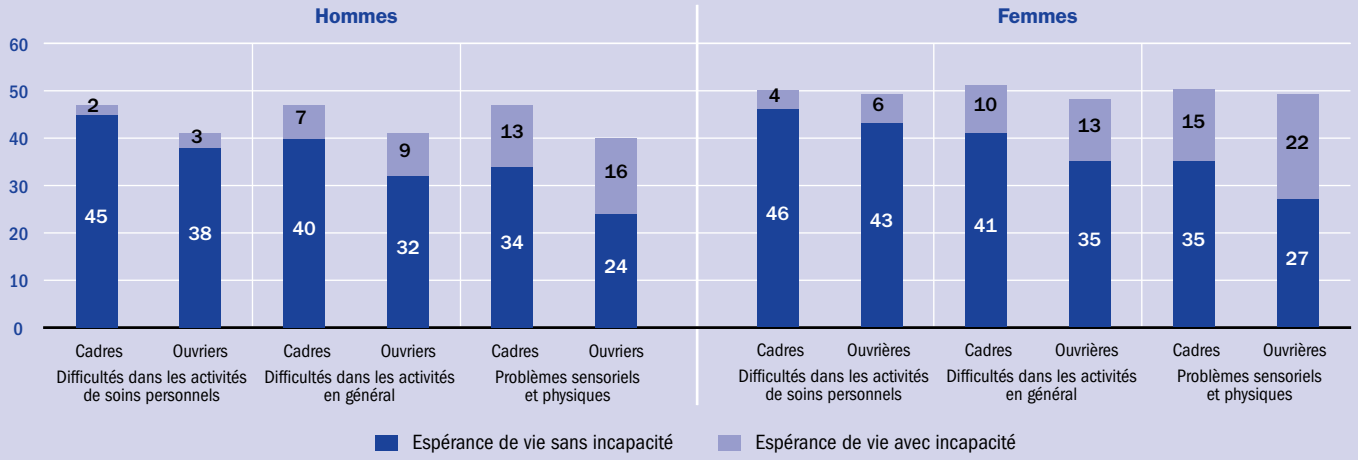
Pour calculer le nombre d'années vécues en institution, les taux d'institutionnalisation par groupes de professions sont déduits des données de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance de 1998-1999 (Insee). Cette enquête a mis en évidence des différences selon le groupe de professions dans les chances de rester à domicile.

Mortalité

Les tables de mortalité par profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) ont été modélisées à partir des données de l'Échantillon démographique permanent (décès survenus entre 1999 et 2003 selon la PCS repérée au recensement de 1999), à l'aide du logiciel IMaCh.

figure 1

Espérance de vie à 35 ans selon trois indicateurs d'incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, en 2003



Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs des auteurs (Cambois *et al.*) d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003.

est très représentative de leurs conditions de vie et qu'elles sont dès lors liées à toutes sortes de facteurs et déterminants de la santé (conditions de travail, niveau de vie, accès à la prévention et aux soins, exposition aux risques de mauvaise santé, etc.). Les années de vie avec limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sont particulièrement présentes dans les catégories de professions manuelles. C'est ce qui explique le paradoxe des agriculteurs exploitants : plutôt protégés en termes d'espérance de vie, ils sont aujourd'hui proches des professions indépendantes et chefs d'entreprise ; pour autant, ils restent plus exposés que d'autres professions d'indépendants à des conditions de travail difficiles (activités physiquement exigeantes, en extérieur, sous contrainte de temps, horaires décalés, etc.), ce qui peut expliquer les nombreuses années de limitations fonctionnelles.

Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité perdurent après 60 ans, témoignant d'un effet de long terme de la catégorie professionnelle et des conditions de vie qui lui sont associées. L'ensemble de ces résultats se retrouve aussi pour les femmes, même si les écarts sont moins marqués (tableau 4). Ces moindres écarts s'expliquent en partie par le fait que la catégorie

tableau 4

Espérance de vie selon le sexe, l'incapacité et la catégorie socioprofessionnelle, en 2003

		Indicateurs d'incapacité					
		Difficultés dans les activités de soins personnels		Difficultés dans les activités en général		Problèmes fonctionels physiques et sensoriels	
	EV en années	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV
Hommes							
Espérance de vie à 35 ans							
Cadres supérieurs	46,6	2,1	95,5 %	7,0	84,9 %	12,6	72,9 %
Professions intermédiaires	44,8	2,4	94,8 %	7,9	82,4 %	14,0	68,8 %
Agriculteurs exploitants	45,3	2,9	93,5 %	8,2	81,8 %	16,3	64,0 %
Indépendants	44,4	2,5	94,3 %	7,4	83,4 %	14,3	67,8 %
Employés	42,1	3,1	92,7 %	8,1	80,8 %	13,7	67,4 %
Ouvriers	40,9	3,4	91,7 %	9,1	77,8 %	16,5	59,8 %
Inactifs	30,4	8,7	71,2 %	20,4	32,8 %	19,9	34,6 %
Total	**42,8**	**3,0**	**92,9 %**	**8,7**	**79,6 %**	**15,1**	**64,7 %**
Écart cadres-ouvriers	**5,7**	**−1,3**	**3,8 %**	**−2,0**	**7,1 %**	**−3,9**	**13,2 %**
Espérance de vie à 60 ans							
Cadres supérieurs	23,1	2,1	90,9 %	5,8	74,8 %	10,5	54,7 %
Professions intermédiaires	21,9	2,3	89,4 %	6,1	72,0 %	10,7	51,1 %
Agriculteurs exploitants	21,9	2,9	86,6 %	5,7	73,9 %	12,2	44,3 %
Indépendants	21,4	2,3	89,3 %	5,8	73,0 %	10,9	49,3 %
Employés	20,5	3,2	84,3 %	6,3	69,1 %	10,7	47,6 %
Ouvriers	19,4	3,1	83,8 %	6,6	65,9 %	12,1	37,8 %
Inactifs	14,7	5,9	59,6 %	10,6	27,7 %	10,6	28,1 %
Total	**20,7**	**2,7**	**86,8 %**	**6,2**	**70,0 %**	**11,2**	**45,8 %**
Écart cadres-ouvriers	**3,7**	**−1,0**	**7,1 %**	**−0,8**	**8,9 %**	**−1,6**	**16,9 %**
Femmes							
Espérance de vie à 35 ans							
Cadres supérieures	50,9	4,4	91,3 %	9,9	80,6 %	15,5	69,6 %
Professions intermédiaires	49,8	4,4	91,1 %	11,4	77,2 %	17,7	64,5 %
Agricultrices exploitantes	50,1	6,2	87,6 %	12 ,3	75,5 %	20,7	58,7 %
Indépendantes	50,1	5,3	89,5 %	11,4	77,3 %	18,4	63,2 %
Employées	49,4	5,0	90,0 %	11,2	77,2 %	20,5	58,5 %
Ouvrières	48,6	6,1	87,5 %	13,2	72,8 %	21,8	55,2 %
Inactives	46,7	5,6	88,0 %	13,9	70,3 %	21,2	54,6 %
Total	**48,8**	**5,3**	**89,2 %**	**12,1**	**75,2 %**	**20,0**	**59,0 %**
Écart cadres-ouvrières	**2,3**	**−1,6**	**3,7 %**	**−3,3**	**7,7 %**	**−6,3**	**14,4 %**
Espérance de vie à 60 ans							
Cadres supérieures	26,6	4,4	83,6 %	7,8	70,7 %	12,3	53,7 %
Professions intermédiaires	25,7	4,3	83,3 %	9,1	64,5 %	14,1	45,2 %
Agricultrices exploitantes	25,7	5,5	78,5 %	10,1	60,6 %	16,7	34,8 %
Indépendantes	25,8	4,9	81,0 %	10,1	60,7 %	15,4	40,2 %
Employées	25,4	4,7	81,4 %	8,9	65,1 %	16,3	35,7 %
Ouvrières	24,7	5,5	77,6 %	10,1	59,0 %	16,2	34,4 %
Inactives	23,4	4,4	81,1 %	8,5	63,6 %	14,0	40,4 %
Total	**24,9**	**4,8**	**80,5 %**	**9,1**	**63,4 %**	**15,3**	**38,5 %**
Écart cadres-ouvrières	**1,9**	**−1,1**	**5,9 %**	**2,3**	**11,6 %**	**−3,9**	**19,3 %**

Note : EV = espérance de vie ; EVI = espérance de vie avec incapacité ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.
Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs par les auteurs (Cambois *et al.*) d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'enquête sur la Santé et les Soins médicaux 2002-2003 (Insee).

socioprofessionnelle des femmes est moins représentative de leurs conditions de vie que celle des hommes : elles sont plus souvent inactives ou appartiennent à des professions qui ne correspondent pas à leur formation et qualifications, ou encore à leur niveau de vie qui peut être déterminé par la profession du conjoint.

Indicateurs d'accès aux soins

Proportion des personnes ayant déclaré avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières

Selon l'enquête Santé protection sociale de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en 2008 [2], 15 % de la population adulte métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les renoncements sont toujours concentrés sur un nombre limité des soins, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge des ménages sont les plus importantes. Ainsi, 47 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 12 % les soins de spécialistes. 18 % des femmes déclarent avoir renoncé à des soins, contre 12 % des hommes.

L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement : 29 % des personnes non protégées ont renoncé à des soins, contre 15 % des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire (privée ou CMUC). Le taux de renoncement varie fortement en fonction du niveau de revenu des ménages : il atteint 22 % pour les individus du premier quintile, contre 7,0 % pour ceux du dernier. Les ménages d'employés de commerce, d'employés administratifs et d'ouvriers sont ceux qui déclarent le plus renoncer à des soins (respectivement 24 %, 18 % et 17 %).

Inégalités sociales de santé et territoires

Alain Trugeon
Directeur de l'OR2S de Picardie, administrateur de la Fnors, membre du HCSP

Dans le domaine sanitaire, le choix du niveau régional a été inscrit dans plusieurs textes législatifs depuis le milieu des années quatre-vingt-dix. Avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, une nouvelle étape a été franchie avec le territoire qui est devenu un axe essentiel de la politique régionale de santé.

La connaissance des inégalités sociales et territoriales de santé : un besoin

Toutefois, l'approche territoriale n'est pas unique suivant les diverses institutions amenées à élaborer les politiques dans ce domaine et, de plus, elle se doit d'être diversifiée au sein même des organismes en fonction des enjeux et des actions à mettre en place. La conjoncture économique et les contraintes financières que celle-ci entraîne renforcent le besoin d'analyses localisées et rendent indispensables la mise en adéquation des priorités retenues avec les réalités de terrain.

Ce contexte a donc suscité pour les acteurs locaux le besoin de disposer d'informations au niveau de leur espace d'intervention. En effet, dans le secteur sanitaire tout comme dans le domaine médico-social, les décisions doivent prendre en compte la réalité d'un état des lieux[1], l'offre offerte et les choix qui sont faits par la population. La dimension sociale et l'unité territoriale, surtout lorsque celle-ci devient petite, interfèrent, parfois de façon forte, sur les trois aspects et génèrent des différences entre les populations en termes notamment d'adaptation au sein du système de santé. Ces différences sont alors sources d'inégalités importantes. La connaissance des inégalités sociales et territoriales devient donc pour le décideur une nécessité dans le cadre de l'élaboration de ses choix, la réduction de ces inégalités contribuant globalement à l'amélioration de l'état de santé de la population. C'est ainsi que la prochaine loi relative à la politique de santé publique devrait traiter de la réduction des inégalités sociales de santé.

C'est aussi une dimension qui a été prise en compte, d'une certaine manière, pour quelques indicateurs de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les agences régionales de santé et le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS.

Des données de plus en plus accessibles

Dans le respect des règles de confidentialité, la plupart des producteurs de données en santé mettent leurs bases de données à disposition des équipes de recherche. Par ailleurs, la nouvelle méthode mise en place pour le recensement de la population permet désormais de disposer annuellement[2] de la répartition par âge et par sexe de la population, quel que soit le niveau géographique. Il est ainsi possible de produire, chaque année, des indicateurs mélangeant ces différentes sources. Toutefois, l'interprétation des données est plus complexe à mesure que le territoire analysé se réduit, notamment pour des aspects de significativité statistique[3].

En France, le nombre élevé de communes[4] empêche, pour la plupart d'entre elles, le traitement des données

1. Le pluriel serait d'ailleurs préférable car il existe de multiples niveaux d'états des lieux dans les domaines sanitaire et médico-social.

2. Avec un certain retard cependant : les données du recensement au 1er janvier 2007 n'ont été disponibles que le 1er juillet 2010.

3. Le regroupement d'années permet alors de résoudre cette difficulté et d'obtenir des indicateurs signifiants.

4. Au 1er janvier 2010, la France compte 36 682 communes.

de santé à ce niveau géographique. Mais il existe d'autres unités qui permettent le compromis entre finesse géographique et taille suffisante de population. Le canton, l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) ou le bassin de vie peuvent ainsi permettre une représentation cartographique, dissociée des découpages administratifs classiques (régions, départements, zones d'emploi, territoires de santé).

Un autre découpage de la France

À partir des données fournies par huit producteurs de données[5], soixante indicateurs calculés au niveau cantonal[6], pour une moitié à dominante sociale et pour l'autre à caractère sanitaire, ont permis de découper la France sans tenir compte des frontières administratives.

La représentation prend en compte le traditionnel constat d'une opposition entre le Nord, en surmortalité, et le Sud, en sous-mortalité. Mais, si le classique « T » de surmortalité septentrional est encore retrouvé pour la mortalité générale, il s'amoindrit, voire disparaît, pour la mortalité prématurée, particulièrement dans le Nord-Est. Ainsi, l'impact des inégalités sociales de santé est surtout reflété par les écarts de mortalité avant 65 ans. C'est dans les lieux où la population ouvrière est importante, de même que les personnes en situation précaire, que cette mortalité élevée est retrouvée. Ce sont souvent des zones industrielles ou anciennement industrielles du nord et du centre de la France, mais aussi de certains secteurs bretons et normands. Par ailleurs, l'opposition entre zones rurales et secteurs urbains reste très prononcée en France, de même que celle qui existe entre l'Hexagone et les départements ultramarins. Finalement, l'analyse et la cartographie qui en découle soulignent la forte influence des déterminants sociaux, plus directement corrélés aux indicateurs de santé que les variables de l'offre de soins et posent ainsi la question du rôle de l'environnement physique et social, des comportements socioculturels, des interactions complexes entre ces déterminants sur l'état de santé des individus.

L'enjeu du croisement d'informations en santé avec les données sociales

Le croisement d'informations sanitaires et d'informations sociales permet, avec les techniques d'analyses de données, de mesurer les relations entre les deux domaines *a posteriori*. Pourtant, disposer de bases de données dans lesquelles les deux dimensions sont présentes affine les interprétations. D'ailleurs, la proposition d'entreprendre une réflexion sur les textes qui encadrent l'utilisation du numéro identifiant au répertoire (NIR), dans le rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) portant sur *Les systèmes d'information pour la santé publique*, va dans ce sens. En effet, la proposition a pour objectif de permettre l'appariement de données de recueil avec des sources médico-administratives. Ce même souhait est également formulé dans un autre rapport du HCSP, intitulé *Les inégalités sociales : sortir de la fatalité*, qui stipule la nécessité de développer les appariements de bases de données dans le système de santé et d'assurance maladie dans le but d'enrichir considérablement l'étendue des données exploitables.

Certaines enquêtes, représentatives à l'échelon régional (Baromètre santé, Enquête décennale santé, Escapad…), permettent déjà le croisement entre données de santé et données sociales. Le recoupement existe aussi dans d'autres recueils comme les données de mortalité transmises par le CépiDc[7], même si le groupe socio-professionnel n'est interprétable que pour les hommes en âge d'activité. Les données des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie exploitées par le Cetaf[8] avec l'utilisation d'un score de précarité (Épices[9]) le permettent aussi d'une autre façon.

Des différences entre niveau social et santé plus ou moins marquées entre les régions françaises

L'analyse des données du CépiDc sur une période longue[10] montre que, s'il existe dans toutes les régions des différences de mortalité entre le groupe socio-professionnel des cadres et professions intellectuelles supérieures et celui composé des ouvriers et employés, les écarts ne sont toutefois pas identiques sur l'ensemble du pays. Ils sont ainsi moins marqués dans les régions du sud de la France (Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon) que dans celles de l'Ouest (Bretagne, Pays de la Loire). Le ratio est de l'ordre de 2,5 pour les premiers et supérieur à 3,5 pour les seconds, lorsque la moyenne française est de l'ordre de 3. Un différentiel du même ordre se retrouve également au niveau des trois principales causes de décès (cancers, maladies cardio-vasculaires, causes extérieures de traumatismes et empoisonnements), sans d'ailleurs que ce soit les mêmes régions aux extrêmités.

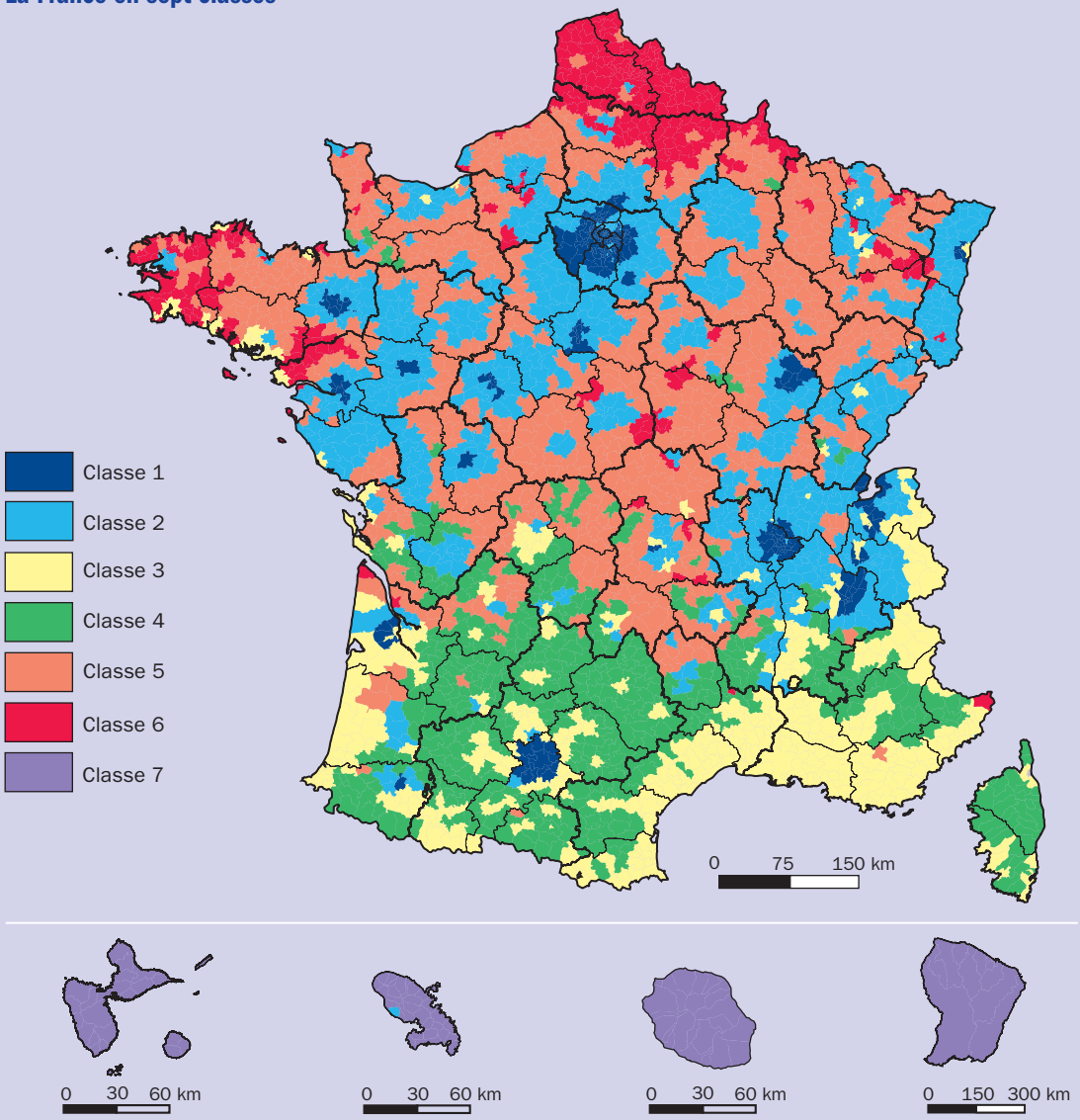
Ces différences en fonction du groupe socio-professionnel entre les régions françaises pour les conséquences ultimes que constituent les décès se retrouvent dans la plupart des enquêtes menées en population générale. Mais les écarts peuvent être plus ou moins marqués entre les régions et varier suivant d'autres facteurs. À titre d'exemple, l'enquête menée en médecine

5. CCMSA, Cnaf, Cnamts, DGI, Drees, Insee, Inserm CépiDc, ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer.
6. L'unité retenue est en réalité un canton aménagé, soit 3261 cantons, sur les 4036 constitués en vue de l'élection à l'assemblée départementale, qui regroupent notamment les fractions cantonales des grandes communes.

7. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, institut national de santé et de la recherche médicale.
8. Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé.
9. Indicateur individuel qui prend en compte la précarité et les inégalités de santé à partir de onze questions.
10. La période d'analyse porte sur le regroupement des années 1991 à 2005, sans l'année 1998 qui a été une année spécifique pour l'Insee concernant le codage de la profession et catégorie socio-professionnelle.

figure 1

La France en sept classes



La classification a permis d'identifier sept classes regroupant des cantons au profil socio-sanitaire similaire :

- classe 1 : zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services de soins, en sous-mortalité ;
- classe 2 : zones plutôt péri-urbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale que pour la mortalité, relativement peu dotées en services de soins de premier recours libéraux ;
- classe 3 : zones relativement peuplées, avec une offre de soins de premier recours libérale importante, dans la moyenne nationale en regard de la mortalité, marquées par des différences sociales importantes entre les diverses populations qui la constituent ;
- classe 4 : zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées des services de soins, en sous-mortalités générale et prématurée, hormis pour les causes accidentelles ;
- classe 5 : zones rurales, avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalités générale, prématurée et accidentelle au sens large ;
- classe 6 : zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée ;
- classe 7 : zones avec une population jeune, une fécondité élevée, socialement défavorisées, en surmortalité par maladies vasculaires cérébrales et en sous-mortalité par cancers.

Source : cette carte est extraite de l'ouvrage *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton* publiée dans la collection Abrégés chez Elsevier-Masson, exploitation Fnors.

générale[11] montre des différences de comportement en matière de santé entre les groupes socio-professionnels des patients. Toutefois, ces différences ne sont pas forcément de même nature en fonction du genre. Ainsi, la part de patients de médecins généralistes présentant un risque avec l'alcool est de 24,3 % chez les hommes cadres ou ayant une profession intellectuelle supérieure et de 10,6 % parmi les femmes de ce même groupe socio-professionnel. Parmi les ouvriers, ce pourcentage croît de façon sensible chez les hommes (38,6 %), augmentation non perceptible parmi la population féminine (10,8 %). Cette faible différence au niveau national est d'ailleurs la résultante dans certaines régions de consommations supérieures chez les femmes cadres à celles des ouvrières. L'opposition traditionnelle Nord/Sud est nettement plus marquée chez les hommes que chez les femmes, tant en termes de pourcentages qu'en termes de différentiels entre les deux groupes socio-professionnels.

L'enjeu de s'intéresser aux inégalités sociales de santé prenant en compte le territoire

Une analyse de divers recueils montre que les inégalités sociales de santé ne sont pas toujours de même ampleur suivant la région[12]. Compte tenu des différences sensibles existant au sein du territoire national (figure 1) qui n'épouse pas les limites administratives, il devient important de disposer d'informations de santé à différents niveaux territoriaux qui puissent prendre en compte les paramètres mesurant la dimension sociale. Dans le contexte actuel, l'amélioration globale de la santé des populations ne sera en effet effective que par des actions et des messages adaptés à la diversité des populations auxquelles ils s'adressent. Cela est d'autant plus important que les professionnels de terrain, tant du domaine sanitaire que du secteur social, sont très demandeurs d'outils de mesure pour accompagner leur pratique au quotidien.

11. L'enquête a été menée par la Drees et la Fnors en 2000 sur deux jours donnés auprès d'un échantillon représentatif au niveau de médecins généralistes de chaque région de l'Hexagone et d'outre-mer. Elle s'adressait aux patients âgés de 16 ans ou plus vus en consultation ou en visite et avait pour objectif de mesurer la part de patients présentant des problèmes avec l'alcool à travers trois approches : la déclaration du patient concernant sa consommation, le questionnaire Deta et le diagnostic émis par le médecin. Un profil à risque était alors défini à partir de ces trois renseignements.

12. Pour en savoir plus sur les différentes enquêtes traitées, le lecteur est renvoyé à la publication réalisée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé mentionnée en bibliographie.

Inégalités sociales de santé et précarité

Pierre Chauvin
Médecin et épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm (UMRS 707, Inserm-UPMC, Paris), membre du HCSP
Pascale Estecahandy
Médecin généraliste, praticien hospitalier (CHU de Toulouse)

Le terme « précarité » est souvent employé, à tort, comme synonyme de pauvreté ou d'exclusion sociale. Cette utilisation euphémistique — confortée dans le champ des soins médicaux par certaines terminologies officielles (par exemple, les « équipes mobiles psychiatrie précarité ») ou par le langage courant (les « consultations précarité » hospitalières pour les permanences d'accès aux soins de santé) — est peut-être guidée par le souci de soulager un peu le stigmate supporté par certaines populations en grande difficulté sociale. Elle contribue surtout à circonscrire de façon tout à fait néfaste une notion en réalité beaucoup plus large et transversale et, par là, à entretenir une opposition — qui, de notre point de vue, n'a pas lieu d'être — entre les approches « précarité – santé » et « inégalités sociales de santé », encore trop souvent opposées dans la recherche, les réflexions sur les pratiques de soins et la définition des politiques de santé.

La précarité : au-delà de la pauvreté et de l'exclusion

La notion de précarité renvoie, en effet, à une accumulation, éventuellement transitoire et réversible, de conditions de vie instables, génératrices de difficultés diverses, qui ont en commun le risque d'une rupture progressive des liens sociaux qui apportent soutien et reconnaissance dans différentes sphères de socialisation : la famille, le milieu professionnel, le voisinage, le réseau amical notamment [87]. Elle concerne donc, quantitativement et qualitativement, un nombre beaucoup plus large de personnes et de situations que les pauvres ou les « exclus ». Elle s'oppose aussi tout à fait à une vision dualiste d'une société qui serait partagée entre les « inclus » et les « exclus » de part et d'autre d'une fracture sociale — ou encore entre les « gagnants » et les « perdants » des reconfigurations sociales en cours, dans le domaine de l'emploi en particulier — et s'écarte également des catégories construites à partir des dispositifs publics (par exemple, les RMIstes, les chômeurs en fin de droit, etc.) en considérant la vulnérabilité des situations indépendamment de leur prise en charge par le système d'aide sociale [21]. C'est peut-être la largesse même de la notion (dont la prévalence, s'il faut la quantifier, concernerait, à un temps donné, environ 20 % de la population française) qui suscite, dans notre expérience, peurs et réticences à l'utiliser dans toute son acception. Que de fois n'avons-nous pas entendu, quand nous rappelions cette définition, comme un reproche : « *Si on vous suit, alors tout le monde est précaire !* » Oui, beaucoup de gens connaissent ou connaîtront cette situation dans laquelle les capacités à faire face et les ressources (pas seulement financières) se trouvent débordées,

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

ou sur le point de l'être, quand s'enchaînent plusieurs « accidents » de la vie…

Si on accepte cette définition, la précarité et ses liens avec la santé s'inscrivent dès lors pleinement au cœur de la question des inégalités sociales de santé. Et, si l'on pense souvent à l'effet délétère des difficultés matérielles et des ruptures sociales sur la santé, la relation inverse s'observe aussi. La maladie ou le handicap peuvent, en effet, fragiliser les trajectoires de vie ou obérer les conditions d'existence — tout comme le coût de certains traitements médicaux en l'absence de couverture maladie complémentaire. Depuis vingt ans, de nombreuses recherches ont clairement montré que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale et les maladies transmissibles, ainsi que de recours aux soins jugés moins adéquats par les professionnels [63]. Les personnes précaires cumulent aussi les facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. Par ce qu'elle implique comme perte des repères et des sécurités, par ce qu'elle entraîne en termes de perte de la confiance en soi, en autrui et en l'avenir, la précarité s'accompagne en effet du risque d'un affaiblissement du souci de soi et de sa santé — et ce d'autant plus quand les attitudes et connaissances héritées de la socialisation (et ce, dès l'enfance) étaient déjà éloignées des normes médicales.

Ce constat se retrouve de façon plus marquée pour les populations les plus pauvres [85], aux conditions de vie les plus néfastes pour la santé et qui sont pourtant, dans le même temps, les plus à distance du système de soins, comme les personnes sans domicile [45]. C'est également le cas de personnes dont les liens sociaux sont particulièrement rompus, qu'il s'agisse des migrants, notamment sans papier [20], ou encore des personnes incarcérées [41]… Autant d'exemples de groupes de population — peu présents dans les statistiques nationales, les recherches épidémiologiques et les systèmes d'information en santé publique — pour lesquels le souci porté à la santé des « précaires » devrait conduire à s'intéresser plus systématiquement à leurs situations sanitaires. Mais, plus largement, quand on s'interroge par exemple sur l'impact des conditions de vie difficiles d'une proportion croissante des habitants de nos villes qui connaissent des polarisations sociales et spatiales croissantes [22], on s'aperçoit que l'observation de l'état de santé des précaires permet de compléter la description et d'approfondir l'analyse des inégalités sociales de santé, de mettre en lumière certains défauts de notre système de santé et de tirer des enseignements et des pistes d'amélioration qui sont susceptibles d'être utiles à tous.

En ce qui concerne la recherche, ce qui est à l'œuvre, c'est bien une démarche qui tente, d'une certaine manière, d'éclairer le centre par ses marges, dans une approche qui s'inscrit dans la recherche des déterminants sociaux de la santé, en mettant l'accent sur le rôle des ressources psychosociales des individus (au sens le plus large), mais aussi celui de leurs représentations et attentes de santé, de la concurrence éventuellement à l'œuvre dans le choix des priorités entre besoins de santé et autres besoins fondamentaux (jugés comme tels, à un instant et dans des conditions donnés), du degré d'intériorisation des normes médicales et de leur confrontation avec celles, propres à la personne, nourries de ses expériences antérieures ou familiales de la maladie et du recours aux soins, etc. Autant de facteurs déterminants qui, on le voit, participent aux inégalités sociales de santé dans le sens où ils renvoient à des processus sociaux qui, à une échelle micro ou macrosociale, produisent, parmi d'autres, les inégalités de santé observées.

Les inégalités de santé : révélatrices du dysfonctionnement du système de santé

Nombreux sont les professionnels de santé qui font le constat que la santé et le recours aux soins des personnes en situation de précarité sont des révélateurs des dysfonctionnements de notre système de santé, dans sa définition la plus large (incluant, en particulier, la prévention). En effet, depuis plus de soixante ans, celui-ci s'est construit sur un modèle biomédical curatif dans lequel l'accessibilité aux soins est le fruit de la rencontre entre une offre de soins curatifs abondante et une demande solvabilisée par une protection de type assurantiel. Cette accessibilité d'ordre consumériste se révèle souvent inadaptée à la prise en charge des personnes précaires (et totalement inefficient pour les personnes en situation d'exclusion sociale)… mais est-on sûr qu'elle soit réellement la plus efficace pour tout un chacun ? De ce point de vue, certaines stratégies développées prioritairement pour ces publics pourraient très probablement se révéler bénéfiques pour tous : on pense notamment aux nouveaux enjeux et métiers de l'accompagnement dans le système de soins, mais aussi, par exemple, à toutes les stratégies qui visent à réduire les occasions manquées de dépistage et de prévention lors de la fréquentation de dispositifs de soins, ou encore à celles qui consistent à aller activement à la rencontre des publics concernés plutôt qu'à attendre (par quel miracle ?) qu'ils s'adressent à un système de soins devenu infiniment complexe à comprendre. À l'inverse, ne pas considérer comme essentiel que les personnes en situation précaire soient les bénéficiaires prioritaires de dispositifs ou d'actions de santé (on pense notamment au dispositif du médecin traitant ou aux programmes de dépistage organisés), c'est — bien entendu — alimenter et creuser un peu plus encore les inégalités sociales de santé. C'est aussi priver ces personnes du bénéfice qu'elles pourraient retirer de la fréquentation des professionnels et des dispositifs de soins, des bénéfices qui ne sont pas que sanitaires puisqu'on a montré que de telles relations suivies ont, aussi, des conséquences identitaires qui peuvent s'avérer positives en apportant aux personnes soutien individuel et reconnaissance sociale.

Économie et inégalités sociales de santé

Chantal Cases
Directrice de l'Ined, membre du HCSP
Lucie Gonzalez
Chef du bureau « État de santé de la population », Drees
Lucile Olier
Sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie, Drees

Pour la science économique, la question de l'allocation optimale des ressources entre unités économiques est une thématique essentielle. Plutôt que de s'interroger sur les inégalités, les économistes préfèrent toutefois un questionnement en termes d'iniquités : dans le cas présent, en quoi les inégalités de santé sont-elles injustes ? Cette question semble superflue, tant la nécessité de l'égalité en santé paraît aller de soi. Pour Rawls, elle fait partie des « biens premiers ».

Dans le même temps, au nom de la santé publique, chacun est incité à préserver son capital santé, à se faire vacciner, dépister, à bien se nourrir, à ne pas fumer… Ces actions peuvent permettre à chacun, comme la formation par exemple, d'entretenir ou d'améliorer son capital humain. N'est-il pas légitime alors que ceux qui sont plus attentifs bénéficient d'une meilleure santé ? C'est pourquoi, en général, sont jugées injustes les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes. C'est en ce sens que, pour la Commission des déterminants sociaux de l'OMS, « *les différences systématiques d'état de santé qui pourraient être évitées par des mesures judicieuses sont tout bonnement injustes* » [24].

En pratique, il est pourtant souvent illusoire de penser que les comportements à risque sont l'unique expression de la responsabilité individuelle : problèmes d'information imparfaite, de myopie temporelle ou de conditionnements sociaux entachent en partie le libre arbitre des personnes, à tel point qu'il est éthiquement fondé de chercher à lutter contre certains de ces comportements à risques. En admettant que le consentement informé aujourd'hui définit la responsabilité, il reste alors, pour distinguer les inégalités de santé injustes, à trouver les outils permettant d'analyser les inégalités dues aux circonstances. De nombreux travaux de recherche ont été menés pour réaliser cet objectif. Les travaux de Jusot *et al.* [55] montrent par exemple que les inégalités de santé sont attribuables, pour l'essentiel, à des circonstances indépendantes de la responsabilité individuelle, ce qui justifie la mise en œuvre de politiques visant à réduire les inégalités de santé.

Pour les économistes, comme pour toute composante du capital humain, l'amélioration de la santé est un élément de nature à favoriser la croissance économique. Le fait que la santé ait été incluse dans les critères d'efficacité économique par l'Union européenne, à Lisbonne, participe de cette logique.

Amélioration de la santé et croissance économique

La relation entre état de santé et croissance économique est abondamment documentée et débattue dans la littérature économique [56]. Au-delà des controverses méthodologiques, les travaux macroéconomiques sur les pays en voie de développement ou macro-historiques sur les pays industrialisés sont relativement convergents et tendent à mettre en évidence un impact important de l'amélioration de l'état de santé de la population, mesurée par les écarts ou les gains en termes d'espérance de vie, sur la croissance économique de long terme. Le rapport de la Commission on Macroeconomics and Health (2001) de l'OMS conclut qu'une augmentation de 10 % de l'espérance de vie à la naissance contribue au moins à 0,3 point de croissance supplémentaire par an. Fogel (1994) ou Aora (2001) démontrent pour plusieurs pays industrialisés que leur croissance sur longue période est en grande partie imputable à l'amélioration de la santé de leur population (un tiers de la croissance du Royaume-Uni sur le siècle écoulé, par exemple). Toutes ces études soulignent l'impact de l'amélioration de la santé des populations sur la trajectoire de développement de long terme d'un pays.

Sur moyenne période et pour les seuls pays industrialisés, les travaux macroéconomiques récents ne font en revanche pas consensus. À la différence des pays en voie de développement, la morbidité dans les pays développés est surtout due à des maladies non contagieuses, souvent liées aux modes de vie (diabète, maladies coronariennes, maladies mentales) et les indicateurs de mortalité sont assez peu différents d'un pays développé à l'autre, ce qui fait de l'espérance de vie un indicateur inapproprié pour les comparaisons entre pays développés. D'autres indicateurs, plus adaptés au schéma de morbidité-mortalité des pays industrialisés, doivent être utilisés. On peut citer ainsi les travaux de Suhrcke et Urban en 2006 [60] qui montrent, pour un ensemble de pays développés, que 10 % de baisse du taux de mortalité par maladie cardio-vasculaire entraînerait 1 point de plus de croissance du PIB par tête dans les cinq années suivantes.

Du point de vue théorique, la relation entre état de santé et croissance au niveau macroéconomique trouve sa justification dans les travaux microéconomiques, nombreux, confirmant le lien entre état de santé et offre de travail (quantité et productivité) et entre état de santé et capital humain. L'état de santé devient alors un facteur important de croissance. L'état de santé d'un individu influe sur la croissance économique au travers de quatre canaux : l'accumulation de capital humain, la participation au marché du travail, la productivité du travail et l'investissement.

L'article fondateur de Grossman (1972) définit la santé comme un bien durable, un capital. Mankiw, Romer et Weil (1992) insistent sur la nécessité de ne pas considérer seulement l'éducation comme source de capital

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

humain, mais aussi la santé et la nutrition. L'accumulation de capital humain a lieu essentiellement au début du cycle de vie, période pendant laquelle un mauvais état de santé peut entraver l'acquisition de compétences de l'individu. Comme les inégalités sociales de santé apparaissent dès les premières années de la vie, elles peuvent constituer un frein important à l'accumulation de capital humain (absentéisme, apprentissage dans de mauvaises conditions…), facteur clé de la croissance économique de moyen terme. Certes, les problèmes de santé rencontrés chez les enfants des pays en voie de développement sont de nature à perturber beaucoup plus leur scolarité que ceux rencontrés dans les pays développés ; cependant, dans ces derniers, la prise en charge moins fréquentes de certaines déficiences chez les moins favorisés peut être une entrave au bon déroulement des apprentissages. Par exemple, les enfants de CM2 scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) sont 21 % à être équipés de lunettes en cas de problèmes visuels, contre 26 % pour les autres enfants de même niveau scolaire, les troubles de la vision, connus avant l'enquête ou détectés lors de l'examen, concernant la même proportion d'enfants dans les deux cas [90].

Les effets de la santé sur le travail

Plus tard dans le cycle de vie, l'état de santé des individus est un facteur-clé de leur participation au marché du travail, un mauvais état de santé pouvant conduire à une insertion professionnelle plus difficile, et, pour les personnes en emploi, à un retrait, partiel (réduction du nombre d'heures travaillées) ou total, temporaire ou définitif, du marché du travail. Jusot, Khlat, Rochereau et Sermet [90] montrent qu'un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif : le risque de chômage quatre ans plus tard est deux fois plus élevé pour les personnes âgées entre 30 à 54 ans en emploi qui se déclarent en mauvaise santé que pour celles qui se déclarent en bonne santé. L'état de santé d'un individu joue aussi naturellement sur la productivité de son travail, *via* la « qualité » du travail fourni et le niveau de l'absentéisme. Les inégalités de santé liées aux conditions de travail, plus ou moins pénibles, avec un risque d'accident du travail plus ou moins élevé, sont un facteur de dégradation du capital humain des personnes et donc indirectement du taux de croissance potentielle de l'économie. Réduire les inégalités de santé liées au travail permet donc de préserver le capital humain global de l'économie.

La réduction des inégalités de santé est donc aussi un facteur de croissance *via* l'augmentation de la productivité du travail. C'est au travers de l'augmentation de la productivité qu'un rapport canadien cité par Michael Marmot [24] montre que la réduction des disparités sociales est à l'origine de gains économiques. En particulier, l'augmentation de la productivité du travail des personnes ayant les niveaux initiaux de productivité les plus bas peut conduire à rendre possible leur participation au marché du travail, notamment si elle permet d'élever leur productivité au-delà du niveau du salaire minimum.

Enfin, l'amélioration de l'état de santé, notamment l'augmentation de l'espérance de vie, permet aux individus de construire des projets à long terme et les incite à investir davantage dans l'éducation car ils disposeront de plus de temps pour « rentabiliser » cet investissement. Par ailleurs, la perspective d'une vie plus longue incite les individus à épargner dans la perspective de leur retraite. Cela favorise donc l'accumulation de capital humain au travers de l'éducation et celle de capital *via* l'épargne, étapes préalables à l'investissement, hausse de l'investissement et du capital humain étant sources de croissance économique dans les modèles canoniques de croissance endogène.

Au total, une amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités de santé augmenteront la croissance potentielle de long terme en augmentant le volume et la qualité du travail disponible. En outre, la réduction des inégalités de santé, si elle permet d'augmenter la participation au marché du travail, entraînera des recettes supplémentaires pour le système de protection sociale dont les cotisations reposent en grande partie sur le travail. Selon le rapport de 2007 de la Commission européenne dirigé par J. Mackenbach sur les implications économiques des inégalités sociales de santé dans l'Union européenne, et sur la base d'un modèle épidémiologique très simplifié à deux catégories sociales, 1,4 % du produit intérieur brut (PIB) de l'Union européenne aurait été perdu en 2004 en raison des pertes de productivité liées aux inégalités de santé. En appliquant une valeur monétaire aux années de vie perdues, les auteurs estiment le coût de ces inégalités à 9,5 % du PIB européen, 15 % des dépenses des systèmes de sécurité sociale et 20 % de celles des systèmes de soins. Ces estimations, qui reposent sur une modélisation et des évaluations assez grossières, sont bien entendu contestables, et il serait important, pour fixer les idées, de disposer de recherches approfondies en la matière.

Des déterminants multiples

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

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

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

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

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

Les données scientifiques explorant cet aspect ne sont pourtant que relativement récentes. Dans le domaine de l'épidémiologie, cette approche est évidemment difficile à mettre en œuvre, puisqu'il s'agit de suivre l'évolution d'individus depuis leur naissance, et même avant, jusqu'à l'âge, adulte, d'apparition des maladies. Pour les inégalités sociales de santé, cette démarche est essentielle, non seulement en termes de connaissances, mais aussi pour ses conséquences dans la mise en œuvre des politiques de réduction des inégalités sociales de santé [59].

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

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

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

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

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

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

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

Périodes critiques

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

Des stress psychosociaux survenant dans l'enfance, lorsque le cerveau est vulnérable et malléable, sont susceptibles d'influencer la maturation cérébrale et de conduire à des modifications structurelles et fonctionnelles durables. Ces périodes critiques ne sont pas seulement biologiques, elles sont aussi sociales. La transition de l'école primaire au collège, les périodes d'évaluation scolaire, l'entrée sur le marché du travail, le départ du foyer familial, la parentalité, les périodes de chômage ou encore la retraite sont autant de périodes sociales critiques pendant lesquelles des facteurs de risque divers pourraient avoir des impacts majeurs sur l'état de santé.

Accumulation des risques

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

Trajectoires (*pathways*)

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

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

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

L'état de santé est une ressource

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

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

Si des interventions sont organisées, elles peuvent l'être à différents niveaux de la chaîne de causalité. Les échelles de temps pour les différentes interventions apparaissent clairement ; la plus courte concerne les facteurs proximaux sur lesquels des interventions d'urgence peuvent agir. C'est là que l'on pourrait placer par exemple les soins curatifs, qui agissent sur les facteurs les plus proximaux qui soient dans la chaîne de causalité. À l'autre bout de la chaîne, apparaissent des causes fondamentales micro et macro-sociales qui concernent le moyen et le long termes. Si l'on considère l'exemple du cancer du poumon, le traitement curatif d'un cancer représente le type du facteur proximal, proche de l'état de santé de l'individu ; les politiques de taxation ou les législations sur la publicité en faveur du tabac sont un exemple de causes distales, fondamentales. Ce mode de pensée modifie profondément les priorités des politiques de santé. Dans un travail sur les facteurs contribuant au fardeau des maladies (*burden of diseases*) dans la région OMS Europe en 2002, M. Whitehead et son équipe notent, par ordre d'importance, un certain nombre de facteurs bien connus : tabac, hypertension artérielle, abus d'alcool, hypercholestérolémie, surpoids, consommation insuffisante de fruits et légumes, sédentarité, drogues, maladies sexuellement transmissibles, anémie en fer… Le même travail sur les causes fondamentales de ces maladies fait apparaître les inégalités de revenu, la pauvreté, les risques liés au travail ou encore le manque de cohésion sociale [103].

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

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

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

Le système de soins et les inégalités sociales de santé

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

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

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

Accès aux droits

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

Accès primaire aux soins

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

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

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

Du côté des professionnels, les obstacles à l'accès primaire se répartissent entre refus et discrimination. Les refus de soins sont quantifiés depuis quelques années dans le secteur libéral à la demande du Fonds de couverture maladie universelle (CMU) (cela ne veut pas dire que les établissements de santé, y compris publics, ne soient pas concernés et les associations humanitaires signalent la permanence de cas qu'on peut espérer marginaux et liés pour la plupart à un défaut de protection sociale). Les motifs de refus en libéral ont été étudiés par l'Irdes et l'évitement d'un manque à gagner du fait de l'obligation de respect de tarifs opposables pour les assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire semble le disputer à des représentations de ces bénéficiaires peu conformes au respect du principe de solidarité. On est alors près de pratiques discriminatoires telles que plus particulièrement décrites dans les territoires français d'Amérique mais qui s'observent en métropole. Les discriminations peuvent être indirectes, indépendantes de l'intentionnalité des professionnels et s'apparentant alors à des ISS par omission, ou directes, schématiquement par délégitimation de la demande ou par différenciation de la réponse en fonction de l'appartenance sociale des personnes soignées [19].

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

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

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

Inégalités d'accès secondaire aux soins

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

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

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

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

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

Des pistes d'amélioration ?

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

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

Expositions environnementales et inégalités sociales de santé

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

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

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

L'environnement, une contribution aux inégalités sociales de santé

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

La pollution atmosphérique

Différents cas de figures ressortent de la littérature européenne. De nombreuses études montrent que les personnes les plus défavorisées sont plus exposées à la pollution atmosphérique liée au trafic ou aux émissions industrielles [79]. Mais d'autres, dans certaines grandes agglomérations marquées par un intense trafic automobile, mettent en évidence une relation inverse [42]. La réduction considérable des pollutions industrielles historiques au cours des trente dernières années s'est accompagnée d'une croissance des émissions liées au trafic automobile, habituellement plus dense dans les hyper-centres où résident souvent, dorénavant, des catégories sociales plus aisées. Au sein d'un même pays, la géographie urbaine, fruit de l'histoire de chaque cité, se traduit également par des situations contrastées d'une ville à l'autre.

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

Expositions aux industries polluantes ou classées à risque

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

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

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

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

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

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

Expositions aux nuisances sonores

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

Expositions aux polluants à l'intérieur du logement

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

Cumul d'expositions environnementales

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

3. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=ILC_MDDW01

Des clés pour agir

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

Conclusion

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

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

Travail et inégalités sociales de santé

Annette Leclerc
Chercheur
Isabelle Niedhammer
Chercheur
Sandrine Plouvier
Étudiante en thèse
Maria Melchior
Chercheur

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

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

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

Comment quantifier ?

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

S'il est en général possible de quantifier la part des inégalités « dues au travail », cette quantification est imprécise pour des raisons statistiques. Calculer des intervalles de confiance sur la part expliquée n'est pas immédiat, et une fois obtenus des intervalles de confiance, ceux-ci peuvent se révéler être très larges [89].

Mortalité et santé perçue, le rôle des expositions professionnelles

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

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

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

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

TMS et lombalgies

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

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

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

Troubles dépressifs

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

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

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

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

On peut se demander sur quelles expositions professionnelles, plus précisément, il conviendrait d'agir en priorité pour réduire les inégalités sociales de santé. Les expositions qui seraient à privilégier sont celles qui sont des facteurs de risque de problèmes de santé bien identifiés, et qui par ailleurs sont plus fréquentes dans les catégories sociales défavorisées. À titre d'exemple, la répétitivité des gestes, la manutention manuelle de charges, l'exposition à des produits chimiques, dont des substances cancérogènes, 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

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

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

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

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 e;
- Elle étudie la répartition des conséquences sanitaires potentielles d'une disposition ou d'un projet entre les groupes sociaux.

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

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.

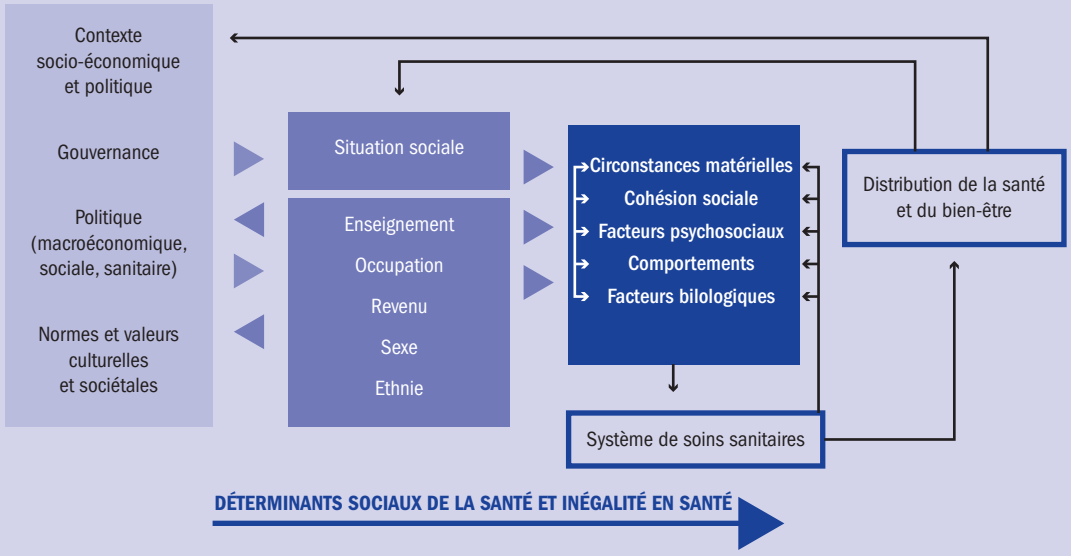
- *Screening* : phase courte qui permet d'estimer si le sujet mérite ou non de conduire une EIS, à quelle échelle, pour quelle échéance etc. ;
- Délimitation du champ et planification du travail : on essaie là de modéliser les divers déterminants, populations susceptibles d'être affectées par la décision 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 Irwain, 2007.

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

Des expériences variées et des ressources accessibles

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

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

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

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

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

En Angleterre, il n'y a pas d'obligation légale, mais le NHS promeut l'évaluation d'impact sur la santé à tous les niveaux de territoires, notamment comme un moyen de lutte contre les inégalités sociales de santé. Il a émis un certain nombre de recommandations en ce sens[6]. Le gouvernement régional de Londres a, depuis 2000, soumis l'ensemble de ses stratégies à un processus d'EIS. La London Health Commission propose sur son site des documents théoriques et des études de cas[7]. 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 Assessement Unit*) est chargé de mettre en relation les divers institutions ou partenaires concernés, diffuser des informations et des outils, dispenser des formations, etc[8].

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/documentation/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 perçue[1] à différents âges[2] (35,

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

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 perçu 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.

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

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

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

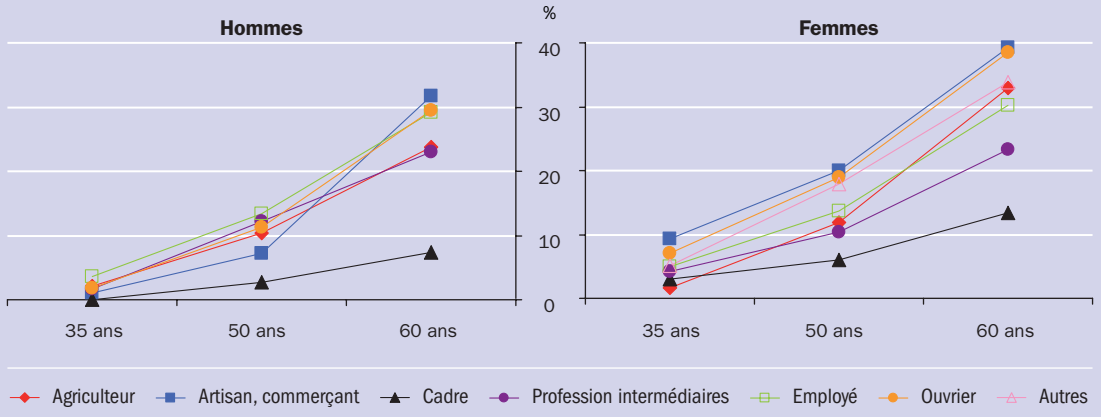
Pour les femmes, les différences d'état de santé selon les catégories sociales sont déjà un peu marquées à 35 ans et la CS « autres » est beaucoup plus fréquente que chez les hommes (20 % des effectifs). Pour les femmes, l'inactivité peut résulter notamment du choix de rester au foyer pour s'occuper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

Un effet cumulatif des conditions de travail sur la santé

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

figure 1

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



Champ : personnes âgées de 60 à 74 ans, vivant en France métropolitaine.
Lecture : parmi les hommes qui étaient cadres en début de carrière (*i.e.* à 35 ans), 1 % jugeaient leur santé altérée à 35 ans, puis 3 % à 50 ans et 7 % à 60 ans. Parmi ceux qui étaient ouvriers en début de carrière, 2 % jugeaient leur santé altérée à 35 ans, contre 11 % à 50 ans et 30 % à 60 ans. Pour des raisons d'effectifs trop faibles, la CS « autres » n'est pas représentée sur le graphique « Hommes ».

Source : Santé et Itinéraire professionnel 2006.

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

La catégorie sociale reflète aussi des modes de vie différents

Les inégalités de santé perçue entre catégories sociales peuvent trouver leur origine dans des différences de conditions de travail, mais la CS reflète aussi des modes de vie, un niveau d'éducation et des comportements individuels différenciés. Ainsi, entre 18 et 59 ans, 39 % des hommes ouvriers déclarent fumer tous les jours, contre 21 % des cadres (tableau 1). Le gradient social est le même chez les hommes et les femmes : les agriculteurs sont ceux qui fument le moins et les ouvriers ceux qui fument le plus. Le tabagisme est une pratique socialement marquée et est responsable d'un nombre très important de cancers et de maladies chroniques, respiratoires ou cardio-vasculaires. Cependant, les comportements vis-à-vis de la santé à l'âge adulte sont rarement le résultat de décisions purement individuelles : être issu d'un milieu défavorisé, avoir des parents peu éduqués, en mauvaise santé ou adoptant des comportements à risque sont autant de facteurs qui contribuent à expliquer une mauvaise santé à l'âge adulte [55]. Les inégalités de santé relèvent donc de la justice sociale, ce qui justifie la mise en œuvre de politiques visant à les réduire [49].

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

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

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

3. Source : enquête Santé et Itinéraire professionnel 2006.

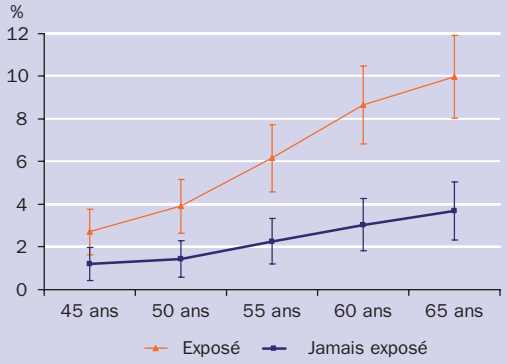
Enquête Santé et Itinéraire professionnel (SIP)

L'enquête Santé et Itinéraire professionnel (SIP), conçue par la Drees et la Dares et réalisée en 2006-2007, explore en population générale les liens entre les problèmes de santé et les parcours professionnels et conditions de travail. Elle comporte en particulier un questionnement rétrospectif qui vise à repérer les principaux changements de l'état de santé au regard des situations de travail décrites dans leurs durées et leurs discontinuités ; en retour, il s'agit de saisir l'incidence de l'état de santé au sens le plus large sur le parcours professionnel des personnes, les aléas de carrière ou les discriminations éventuelles qu'elles ont pu rencontrer.

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

figure 2

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



Champ : personnes âgées de 60 à 74 ans, vivant en France métropolitaine.
Lecture : parmi les personnes âgées d'au moins 65 ans qui n'ont jamais été exposées à un travail physiquement pénible, 1 % déclarait avoir eu 2 maladies ou plus dès l'âge de 45 ans, 2 % déclaraient avoir eu 2 maladies ou plus à 55 ans et 4 % à 65 ans. Les traits verticaux représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Source : Santé et Itinéraire Professionnel 2006.

tableau 1

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

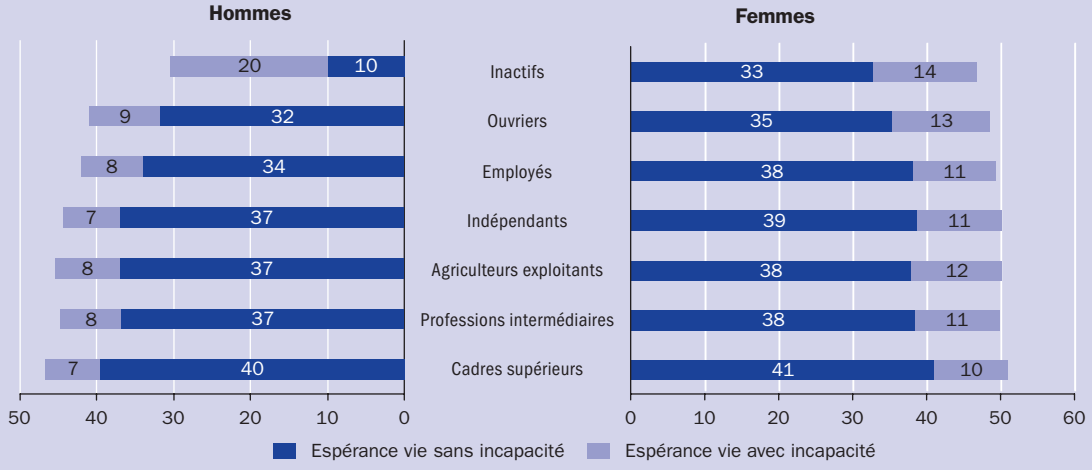
	Hommes	Femmes
Agriculteurs	14	10
Cadres	21	21
Professions intermédiaires	26	20
Artisans, commerçants	28	21
Autres	29	27
Employés	30	26
Ouvriers	39	34

Champ : personnes âgées de 18 à 59 ans et vivant à leur domicile en France métropolitaine et DOM.
Lecture : parmi les agriculteurs de 18 à 59 ans, 14 % déclarent être des fumeurs quotidiens, et 10 % parmi les agricultrices de même âge.

Source : Handicap-Santé, volet ménages 2008.

figure 3

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



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

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

Expériences nationales et internationales

Les systèmes se basant sur des soins de santé primaires forts sont plus efficaces pour améliorer la santé des populations car plus équitables en termes d'accès aux soins. Les inégalités sociales de recours aux soins sont réduites dans les pays disposant de systèmes nationaux de santé, où le reste à charge des patients est limité. C'est ce que nous enseignent les études effectuées à l'échelon international.

La lutte contre les inégalités sociales de santé à travers les soins primaires : le grand soir ou les petits matins ?

Yann Bourgueil
Directeur de l'Irdes
Florence Jusot
Maître de conférences, université Paris-Dauphine, Leda-Legos, chercheur à l'Irdes

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

Les soins de santé primaires, définis en 1978, incluent d'une façon large, l'éducation, la promotion de la santé, les liens avec les autres activités socio-économiques (agriculture, élevage, industrie, éducation, logement, communication etc..). La définition fait également explicitement appel à la notion de graduation des soins et de référencement selon le niveau de gravité des maladies, comme à l'ensemble des professionnels de la santé (médecins, sages-femmes, infirmières, auxiliaires et travailleurs sociaux).

Les soins primaires : d'un idéal de justice sociale à un modèle d'organisation du système de soins

Dans son rapport de 2008, intitulé *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, la directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Margaret Chan, rappelle que « *les valeurs qui sont au cœur de la constitution de l'OMS [il y a plus de 60 ans] et celles qui ont inspiré la déclaration d'Alma-Ata [en 1978]*[1] *ont fait leur preuve et ont montré toute leur pertinence* »[2]. Ainsi les soins de santé primaires restent considérés comme un moyen de garantir le droit à la santé pour tous et de réduire les inégalités de santé, d'atteindre un idéal de justice sociale.

L'observation des systèmes de santé des pays européens nous révèle que la plupart d'entre eux bénéficient d'un financement collectif des dépenses de santé, sont fortement régulés voire gérés par les États et visent à garantir un accès universel aux soins reposant sur le principe d'équité horizontale, chacun devant bénéficier d'un traitement égal pour un besoin de soins égal. La plupart de ces systèmes s'appuient également sur des

1. OMS. « Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires », 12 septembre 1978.
2. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. 2008.

soins de santé primaires, mais définis dans un sens plus restreint que le sens initial donné par la conférence d'Alma-Ata. Ce concept fait aujourd'hui surtout référence à des modèles d'organisation et de régulation du secteur des soins ambulatoires dans lesquels les fonctions de premier contact, de coordination, de continuité, de régulation de l'accès aux soins secondaires sont confiées à des acteurs tels que les médecins généralistes, ou des structures comme les centres de santé. Cependant, les modèles d'organisation, notamment les missions et fonctions de régulation confiées aux acteurs des soins primaires, sont assez contrastés en Europe [14]. Les pays comme les Pays-Bas avec un système d'assurance sociale ou le Royaume-Uni avec un système national de santé ont mis en place dès leur origine un système de *gatekeeping* dans lequel les médecins généralistes jouent le rôle d'orienteur dans le système de soins et régulent l'accès aux soins secondaires. D'autres comme la Finlande et l'Espagne se sont directement inspirés des principes de la déclaration d'Alma-Ata et ont mis l'accent sur le travail d'équipe en soins primaires au sein des centres de santé. Certains pays comme l'Allemagne, la France, la Belgique ou la Suisse n'ont adopté les principes des soins primaires que très récemment et dans des formes peu contraignantes, comme par exemple la réforme du médecin traitant en France.

La question est alors de savoir si les soins de santé primaires, tels que mis en place dans les systèmes de santé européens et non plus dans l'acception de la conférence d'Alma-Ata, constituent une cible d'action pertinente pour réduire les inégalités de santé. Pour répondre à cette question, nous nous appuierons tout d'abord sur les leçons de la littérature et de l'expérience européenne, avant de nous tourner vers le cas français.

La réduction des inégalités de santé par les soins primaires en tant que principes organisateurs des systèmes de soins et secteur cible d'actions et d'interventions

L'accent est le plus souvent mis sur les interventions sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités sociales de santé, comme l'illustrent le rapport récent de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS[3] ou encore une récente revue des interventions efficaces dans ce domaine [6]. L'intérêt d'actions menées dans le système de soins pour atteindre cet objectif a également été souligné [27], et l'on peut penser que cela concerne en premier lieu les actions s'appuyant sur le secteur des soins primaires. L'argument repose sur l'idée que si l'objectif à atteindre est la réduction des inégalités de santé et non simplement la réduction des différences de consommation de soins, l'enjeu pour le système de soins est non seulement de permettre un véritable accès universel aux soins, mais surtout de conduire l'ensemble des patients à une meilleure gestion et prise en charge de leur santé.Les objectifs recherchés seraient la réduction des comportements à risque, le développement des comportements préventifs et, en cas de maladie, la bonne utilisation du système de soins, l'observance des traitements et prescriptions des médecins ainsi que l'apprentissage de la vie avec la maladie. Ces compétences et capacités individuelles s'acquièrent et se transmettent autant par des relations interindividuelles durables et répétées (entre patients, professionnels et profanes) que par une communication de masse (campagnes d'information). Le système ambulatoire ou de soins primaires, parce qu'il est plus proche des patients et permet ces relations interindividuelles, peut donc en théorie contribuer à la réduction des inégalités de santé.

La contribution des soins primaires à la réduction des inégalités de santé peut être appréhendée du point de vue systémique des principes d'organisation des systèmes de santé mais également comme secteur cible d'actions et d'interventions multiples plus directement destinées à réduire ces inégalités.

L'analyse des politiques mises en œuvre en Europe pour réduire des inégalités de santé montre tout d'abord que ce sont les pays d'Europe structurés selon les principes des soins primaires, comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède, qui ont été les premiers à mettre en œuvre de véritables stratégies de réduction des inégalités sociales de santé [54]. Ainsi, au-delà d'interventions isolées, c'est le principe même d'une organisation globale et intégrée du système de santé qui semble permettre l'émergence de politiques publiques coordonnées se donnant comme objectif affiché la lutte contre les inégalités, ce qui, selon Whitehead [102], est une démarche nécessaire pour atteindre cet objectif.

Des travaux comparatifs ont ainsi montré que les systèmes se basant sur des soins de santé primaires « forts », comme l'Australie, le Canada, le Japon, la Suède, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni, sont plus efficaces pour améliorer la santé des populations en moyenne que ceux ayant des soins primaires « faibles », — car plus équitables en termes d'accès aux soins, et avec des dépenses de santé mieux maîtrisées [70]. En outre, les inégalités sociales de recours aux soins sont réduites dans les pays disposant de systèmes nationaux de santé, où le reste à charge des patients est limité et où les médecins généralistes jouent le rôle de *gatekeeper* [82], les inégalités sociales de santé étant par ailleurs réduites dans les pays où l'intervention de l'État dans les domaines sanitaires et sociaux est importante [28].

Sans aller jusqu'à une organisation du système de santé autour des soins primaires, des interventions isolées mobilisant le secteur des soins primaires semblent également efficaces pour réduire les inégalités de santé. Dans le cadre du projet européen AIR (*Addressing Inequalities Interventions in Régions*) visant à recenser les actions menées à l'échelle régionale dans le secteur des soins primaires pour réduire les inégalités de santé,

3. OMS. *Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. 2008.

une récente revue de la littérature propose une typologie des interventions permettant de réduire les inégalités de santé ayant fait l'objet d'une évaluation publiée entre janvier 2000 et janvier 2010 en anglais ou en français [67]. Cette revue a identifié 101 interventions et 10 revues de littérature proposant des résultats sur des indicateurs de santé ou des facteurs intermédiaires, comme les consommations de soins ou les facteurs de risques, par groupes sociaux ou des groupes défavorisés. La plupart de ces interventions avaient été menées aux États-Unis, les autres au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en France, ou en Hongrie. Ces interventions ont pu être regroupées en trois ensembles : les interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins, par la gratuité des soins ou par une assurance maladie gratuite ou subventionnée, les interventions de promotion sanitaire dans le cadre communautaire et les interventions ayant effet sur l'organisation des soins. Les évaluations des interventions retenues permettent de conclure que des interventions mobilisant les soins primaires peuvent parvenir à réduire les inégalités sociales de santé. L'amélioration de l'accès financier aux soins, en particulier par la fourniture de soins gratuits ou d'une couverture assurantielle gratuite, augmente la consommation de soins et améliore les résultats cliniques, même s'il subsiste un risque de différences dans la qualité des soins. Les interventions de promotion sanitaire personnalisées et adaptées à la culture des populations ciblées, menées par des pairs éducateurs, semblent également efficaces. La fourniture d'un cadre légal et logistique semble également efficace pour coordonner de multiples interventions de promotion sanitaire. Enfin, les interventions sur l'organisation des soins, comme le travail d'équipe ou la coordination des soins, semblent également à même de réduire les inégalités de santé.

Une question reste néanmoins en suspens. L'efficacité de ces interventions plus isolées est-elle identique dans tous les systèmes ou sont-elles d'autant plus efficaces dans des systèmes organisés autour des soins primaires, où il est plus facile d'afficher des objectifs clairs et d'attribuer des missions spécifiques à des acteurs pour lesquelles ces derniers sont reconnus.

En France, vers les soins de premiers recours et… la réduction des inégalités de santé ?

Les soins primaires, définis comme le premier recours, ne constituent pas encore en France un axe aussi structurant de la politique de santé, qu'au Royaume-Uni ou dans les pays anglo-saxons ou scandinaves.

Les politiques menées pour répondre aux inquiétudes et aux tensions générées par les perspectives d'évolution de la ressource humaine disponible en santé ou aux enjeux de santé publique ont été principalement sectorielles (urgences, réseaux par pathologies, plans par problèmes de santé – Plan santé mentale, Programme national nutrition santé, Plan de démographie médicale, Plan cancer…) et visent à modifier modérément, comme le montre la récente réforme, un système de soins ambulatoires fondé sur les principes de la médecine libérale (liberté d'installation, paiement à l'acte, liberté de prescription, libre choix du médecin par le patient) au sein de laquelle les spécialités techniques sont les plus valorisées.

L'ensemble des évolutions récentes en France (réforme médecin traitant en 2004, création des agences régionales de santé, schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires, soutien aux organisations collectives) témoigne d'un intérêt croissant pour une plus grande organisation des soins ambulatoires. Cependant, au-delà de la superposition de mesures et d'actions sectorielles et locales, se pose la question d'une approche plus intégrée mais également plus contraignante pour les professionnels et les patients pour organiser les soins primaires en France.

C'est également dans ce contexte que semble émerger la volonté de définir une politique de réduction des inégalités de santé qui irait au-delà de l'égalité d'accès aux soins défendue par la loi Hôpital, patients, santé et territoires. En effet, le Plan cancer 2009-2013 met en avant l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé comme une question transversale, et la ministre de la Santé a annoncé cette thématique comme centrale dans la future loi de santé publique lors du colloque international intitulé « Réduire les inégalités sociales de santé » organisé par la Direction générale de la santé et l'IReSP le 11 janvier 2010. La France, dans le même mouvement, associe donc volonté politique de réduction des inégalités de santé et organisation des soins de santé primaires.

Deux options sont donc possibles pour mettre en œuvre cette politique de réduction des inégalités de santé en s'appuyant sur les soins primaires. La première consiste à emprunter les nombreuses pistes offertes par les actions isolées et les interventions éparses dont on a pu constater qu'elles ont une efficacité pour lutter contre les inégalités de santé, là où elles sont menées sans effet systémique. La seconde, plus ambitieuse et structurelle, reposerait sur une modification plus substantielle de l'organisation du système de santé enFrance autour des soins primaires par exemple en renforçant le rôle du médecin traitant, en modifiant les modes de rémunération des médecins, voire en rendant les soins gratuits.

Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ?

Hector Falcoff
Médecin généraliste, professeur associé de médecine générale, université Paris Descartes

La médecine générale est concernée par les inégalités sociales de santé à trois niveaux : l'organisation du système de santé, les interactions médecin-patient, l'approche biomédicale.

L'organisation du système de santé

Les médecins généralistes qui exercent dans des zones défavorisées sont moins nombreux, ont le plus souvent des consultations surchargées, et disposent de moins de ressources humaines et techniques [4, 73, 101]. Ils ont plus de difficultés à adresser les patients à des spécialistes et à des centres d'imagerie médicale. Les hospitalisations se font plus souvent *via* les urgences [4]. La durée des consultations est inversement associée à la charge de travail et au niveau socio-économique local [73, 99]. L'effet combiné de consultations plus courtes et de l'accumulation de problèmes somatiques, psychologiques et sociaux accroît la probabilité que les questions non urgentes, et notamment la prévention, soient laissées de côté pendant les consultations [53].

Les interactions médecin-patient

Deux revues systématiques de la littérature ont étudié l'influence du statut socio-économique [104] et de l'origine ethnique [93] sur la communication entre médecin et patient. Pendant la consultation, les patients défavorisés bénéficieraient de moins d'informations et de moins de soutien émotionnel. Les médecins seraient plus directifs, chercheraient moins à construire un partenariat et inciteraient moins les patients à s'exprimer. Les patients de niveau socio-économique favorisé communiqueraient plus intensément, exprimant plus clairement leurs affects, incitant le médecin à fournir plus d'informations. Les médecins tendraient à minimiser, chez les patients défavorisés, le besoin d'information et le souhait d'être impliqués dans les décisions.

Pendant la consultation, la distance entre les protagonistes, qu'elle soit sociale, économique, culturelle, raciale ou linguistique, générerait chez le médecin plus ou moins d'incertitude : la distance augmenterait le risque de malentendus à propos des symptômes, du profil évolutif, du contexte, des attentes du patient, conduisant à des décisions moins adaptées, voire préjudiciables, aux patients « différents ».

L'approche biomédicale

L'« *evidence-based medicine* » s'appuie essentiellement sur les connaissances produites par les essais randomisés contrôlés. Sauf exception, ces essais incluent des patients sélectionnés, et produisent des résultats décontextualisés. Dans la vraie vie, l'efficacité d'une thérapeutique est fortement modulée par le contexte du patient : sa position socio-économique, son activité professionnelle, la qualité de son environnement, sa compréhension de la maladie et du traitement, ses préférences, son hygiène de vie, ses interactions familiales et sociales.

L'estimation du risque cardio-vasculaire est basée sur les facteurs de risque « classiques » (antécédents familiaux cardio-vasculaires précoces, HTA, diabète, tabac, niveaux du LDL et du HDL cholestérol), soit par dénombrement (en France), soit à l'aide d'un calculateur (dans les pays anglo-saxons et nordiques). Les seuils d'intervention, qui découlent de l'estimation du risque, ne prennent pas en compte la position sociale du patient. Pourtant le risque attribuable à la position sociale ou au niveau d'éducation est équivalent à celui du tabagisme. En traitant de la même manière tous nos patients, nous pénalisons ceux des catégories défavorisées. Les chercheurs britanniques ont récemment intégré le degré de pauvreté du lieu de résidence et l'ethnie dans un calculateur du risque vasculaire global (http://www.qrisk.org/).

Comment agir sur les inégalités sociales de santé en médecine générale/soins primaires ? Apport de la littérature

Les données dans ce domaine sont peu nombreuses. Les études d'interventions rigoureuses sont difficiles à construire (études randomisées, avec mesure de l'indicateur de santé, avant et après intervention, stratifiée selon un indicateur de position sociale).

L'éducation des patients

La diffusion de documents d'information aux patients ayant un niveau d'éducation faible peut améliorer leur adhésion à des soins préventifs [52]. Les documents doivent être minutieusement mis au point et testés. Ils doivent être brefs, clairs, écrits dans un niveau de langage adapté au niveau de lecture des patients ciblés.

L'éducation thérapeutique des patients peut contribuer à la réduction des inégalités. Un programme éducatif à destination de malades insuffisants cardiaques, évalué rigoureusement, a permis de réduire les inégalités sociales de décès et d'hospitalisations à un an [31].

L'éducation des professionnels

Aux États-Unis, il existe des programmes visant à améliorer la « compétence culturelle » des professionnels. Leur impact sur les inégalités n'est pas démontré à ce jour. Théoriquement, les programmes qui visent à améliorer les compétences relationnelles, la capacité

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

de faciliter l'expression des problèmes par les patients, ou l'écoute active, peuvent avoir un intérêt, mais cela reste à démontrer.

Les systèmes informatiques incluant des rappels automatiques

Les interventions réalisées au niveau des professionnels et destinées à améliorer la qualité des soins reçus par les minorités ethniques ont fait l'objet d'une revue systématique de la littérature [10]. Le résultat principal est que les rappels automatiques constituent l'intervention la plus régulièrement efficace pour améliorer les soins protocolisés et la prévention. Les rappels automatiques se sont montrés capables d'améliorer la qualité des soins des populations défavorisées aussi bien dans les interventions ciblées sur ces populations que dans les interventions universelles.

Le paiement à la performance, mesurée par des indicateurs de qualité des soins

En 2004, le Royaume-Uni a mis en route un programme de paiement à la performance destiné aux médecins généralistes, le « *Quality and outcomes framework* ». Sur l'ensemble des indicateurs, la première année montrait une différence entre les zones les plus riches et les plus pauvres. Par la suite, l'amélioration dans ces dernières a été plus importante, permettant un rattrapage réel et une réduction substantielle des écarts, voire leur disparition pour certains indicateurs [37]. La condition d'implantation incontournable pour ce type de programme est le développement d'un système d'information efficace dans les cabinets de médecine générale.

Dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), proposé par l'Assurance maladie aux médecins généralistes français, la mesure des indicateurs n'est pas rapportée à la position sociale des patients.

Que peuvent faire les médecins généralistes aujourd'hui ?

On n'abordera pas ici des questions de démographie médicale et d'accès aux soins, qui sont fondamentales mais dépendent essentiellement de la politique de santé et de l'aménagement du territoire. On s'intéressera plutôt à ce qui peut être engagé dès maintenant par les médecins eux-mêmes.

Il s'agit de ne pas accroître les inégalités, et si possible de contribuer à les réduire, tout en étant conscients que la part « soins » dépendante des inégalités est modeste, les inégalités sociales de santé résultant essentiellement des trajectoires de vie.

Un projet collectif

Pour le médecin isolé, probablement la première chose à faire est de susciter la motivation parmi des collègues proches. Cabinet de groupe, association locale de formation médicale continue, groupe de pairs peuvent servir de base à un projet commun. Les centres de santé et les nouveaux modes d'organisation des soins primaires qui émergent en France, maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, pourraient constituer un cadre privilégié pour l'action.

Cinq actions spécifiques et réalisables

1. Construire un carnet d'adresses comprenant services sociaux, consultations spécialisées et plateaux techniques de secteur 1, secteur psychiatrique, réseaux ou services hospitaliers offrant des cycles d'éducation thérapeutique, diététique et physique, consultations de tabacologie et d'alcoologie, centres de soins spécifiques pour toxicomanes, permanences d'accès aux soins… Au-delà du carnet, il est important de rencontrer les intervenants, de connaître leur manière de travailler, et de définir avec eux les circuits de prise en charge.

2. Ne pas considérer le temps de soins de manière égalitaire (même quantité de temps pour tous les patients), mais de manière équitable (temps passé proportionnel aux besoins du patient). Le but est que, à pathologie égale, le résultat final de santé diffère le moins possible entre les patients. Si l'on manque de temps, il faut absolument associer d'autres intervenants à la prise en charge (réseaux, paramédicaux dans le cadre des nouveaux modes d'organisation des soins primaires, hôpital…). Il faut garder en tête que les patients « gentils », peu exigeants, ceux qui permettent au médecin en consultation de « rattraper le retard » risquent d'avoir des soins de moindre qualité.

3. Diffuser des documents pour informer les patients, et les inciter à aborder des problèmes avec le médecin en consultation. Ce type d'action peut contribuer à lutter contre les inégalités de santé à condition que : 1) les documents soient conçus et rédigés pour les personnes ayant un niveau de lecture faible, 2) les documents ciblent des problèmes de santé, ou de qualité des soins, pour lesquels les inégalités sociales en médecine générale sont marquées, et 3) le médecin joue le jeu et réponde si le patient aborde le problème.

4. Mettre en place, dans les logiciels métier, des outils permettant la mise en œuvre de protocoles de prévention et de suivi (« maquettes » de consultation, rappels automatiques, tableaux de bord de suivi. Si les logiciels métier ne proposent pas ces fonctionnalités, il faut se regrouper avec d'autres utilisateurs pour demander leur implémentation. La protocolisation contribue à réduire la variabilité « intra-médecin » de la pratique, génératrice d'inégalités.

5. Adopter une « approche qualité ». L'équité est une dimension majeure de la qualité des soins. La réduction des inégalités pourrait s'appuyer sur des programmes d'amélioration de la qualité. L'obligation de développement professionnel continu (DPC) instituée par la loi HPST pourrait fournir un levier. Dans ces programmes, les médecins enregistreraient systématiquement la position sociale des patients (par exemple selon les catégories Insee en 8 niveaux). La mesure du niveau des indicateurs cliniques ne serait pas uniquement globale, comme elle l'a été jusqu'ici dans les audits menés en

médecine générale, à de rares exceptions près, mais stratifiée selon la position sociale. Les médecins pourraient ainsi mesurer leurs efforts d'amélioration de la qualité en termes de réduction des gradients sociaux de qualité des soins.

Conclusion

Les médecins généralistes doivent montrer leur volonté collective de jouer un rôle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. L'American College of Physicians en 2004, le Royal Australian College of General Practitioners en 2005, le Royal College of General Practitioners britannique en 2008 ont pris position publiquement, affirmant le rôle que la médecine générale devait et pouvait jouer. En France, la médecine générale pourrait en faire de même, et afficher sa responsabilité collective face à ce problème majeur de société.

Inégalités sociales dans la santé : défis et priorités de recherche dans le contexte européen

Giuseppe Costa
Département des sciences cliniques et biologiques, Université de Turin
Chiara Marinacci
Teresa Spadea
Service régional d'épidémiologie, Unité locale de santé, Région du Piémont

La recherche en Europe sur les inégalités sociales de santé concerne trois sujets principaux : le suivi à travers la comparaison des inégalités entre les pays ; l'analyse des mécanismes de production des inégalités, surtout dans la perspective des trajectoires de vie ; et l'étude de l'impact des interventions et politiques de réduction des inégalités de santé.

Le suivi des comparaisons des inégalités entre les pays

Le premier courant de recherche, celui du monitorage, est nourri surtout par un réseau des centres qui relèvent et analysent des données comparables sur les différences sociales (scolarité, emploi et classe sociale, revenus et autre ressources matérielles) concernant la mortalité, la morbidité et les facteurs de risque, dans plusieurs pays européens. Beaucoup de ces activités ont été engagées dans le cadre des programmes européens, soit de recherche soit de santé publique, et sont coordonnées par le Département de santé publique de l'université de Rotterdam.

En général, les inégalités sociales de santé sont moins prononcées dans les pays du Sud (Espagne, Italie), où, d'une part, l'ensemble de la population bénéficie d'une alimentation de type « régime méditerranéen » et, d'autre part, où l'épidémie de tabagisme chez les pauvres est en retard sur les pays riches. Au contraire, elles sont bien plus élevées dans les pays ex-communistes du Centre et de l'Est de l'Europe, où le dispositif de protection de la santé est plus faible et l'impact négatif de la transition économique est plus fort pour les populations socialement défavorisées. Cette variabilité géographique dans l'ampleur des inégalités suggère qu'elles peuvent être évitées, ou bien réduites, et indique à ceux qui prennent les décisions aux niveaux européen et national l'objectif que chaque pays pourrait se fixer dans ses politiques de promotion de la santé.

Deux nouveaux projets de cette nature sont en train de produire des résultats. EURO-GBD-SE (The potential for reduction of health inequalities in Europe)[1], piloté par le centre de Rotterdam, permet d'évaluer le potentiel de réduction des inégalités de santé, en reconnaissant les facteurs qui déterminent cette variabilité dans les inégalités entre les pays européens. Cette variabilité sera utilisée dans des simulations pour estimer le potentiel de réduction des inégalités de santé qui peut être raisonnablement attendu grâce à des politiques et des interventions sur ces facteurs déterminants de la santé.

Dans le même cadre d'études comparatives, le projet INEQ-CITIES (Socio-economic INEQualities in mortality : evidence and policies in CITIES of Europe)[2], coordonné par l'Agence de santé publique de Barcelone, propose de comparer les inégalités sociales de mortalité entre différentes cités européennes, ainsi que les interventions et les politiques qui y ont été conduites pour soit réduire les inégalités sociales de santé, soit améliorer globalement l'état de santé.

Les mécanismes de production des inégalités

Le deuxième courant scientifique concerne les parcours et les mécanismes qui produisent les inégalités sociales de santé. Les meilleurs résultats sont obtenus à partir des nombreux systèmes d'étude longitudinaux disponibles à un niveau local ou bien national, fondés sur des échantillons de population générale ou des cohortes de naissance. La grille conceptuelle introduite par la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé reconnaît différents points d'entrée des inégalités sociales de santé. Ce sont les contextes économique, culturel et social qui peuvent influencer en même temps la position

1. http://www.euro-gbd-se.eu/
2. https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/

La contribution vient de l'adaptation d'un article d'une revue italienne d'épidémiologie (Costa G., Marinacci C., Spadea T. « Social inequalities in health : challenges and current priorities in European context ». *Epidemiologia e Prevenzione*, 2010, sous presse).

sociale de l'individu et de la communauté. Ce sont ces différentes positions sociales qui peuvent provoquer une exposition inégale aux facteurs de risque (soit ceux de l'environnement de vie et de travail, soit ceux des styles de vie, soit ceux liés aux difficultés d'accès à des soins de qualité). De façon concomitante, la position sociale peut aussi modifier soit la vulnérabilité du sujet à l'effet des facteurs de risque, soit l'impact de la maladie sur la carrière sociale. Tous ces événements peuvent se produire à différentes étapes de la vie, étant plus ou moins critiques dans certaines phases de l'existence ou bien se cumulant entre eux. Un réseau européen de chercheurs étudiant les inégalités de santé dans les trajectoires de vie est coordonné par le Centre international pour les études sur les trajectoires de vie dans la société et la santé de l'Economic and Social Research Council (ESRC) situé au sein de l'University College et l'Imperial College de Londres. Beaucoup de ces chercheurs participent à la Society for Longitudinal and Life Course Studies[3], une société scientifique multidisciplinaire qui se propose de promouvoir collaborations et réseaux pour développer les systèmes longitudinaux de recherche sur les trajectoires de vie.

L'impact des interventions et des politiques

Le troisième courant d'intérêt se concentre sur les politiques de réduction des inégalités de santé, avec l'objectif de transposer les recommandations de la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé aux niveaux nationaux. Le rapport *Fair Societies, Healthy Lives*[4] résume les principaux objectifs pour les politiques locales et nationales de l'Angleterre et les indicateurs correspondants de suivi. Il représente le produit d'une Commission du Royaume Uni (Marmot Review) chargée d'identifier les interventions qui ont le plus haut potentiel de réduction des inégalités de santé dans plusieurs domaines politiques, et de trouver les solutions pour rendre ces actions réalisables. Les preuves d'efficacité disponibles dans la littérature scientifique sont très pauvres, tant par le nombre que la qualité des études. La Marmot Review suggère que chaque investissement dans une nouvelle intervention contre les inégalités de santé prévoie une quote-part affectée à l'évaluation, si possible fondée sur un projet approprié et soutenable pour une démonstration valide de l'efficacité.

Les initiatives de l'Union européenne présentent le cadre nécessaire pour introduire les inégalités sociales de santé sur l'agenda des pays qui sont le plus en retard dans le développement des stratégies nationales et locales. L'initiative la plus importante est la récente communication de la commission Solidarity in Health : Reducing Health Inequalities in the EU[5], qui invite soit l'Union, soit les pays membres, soit leurs régions à investir dans la production et l'accessibilité des données sur les inégalités de santé, dans l'application de l'*equity audit* aux politiques et interventions en place, dans les études d'efficacité et dans la diffusion des bonnes expériences.

Suite à cette communication, de nouvelles initiatives de la commission sont en phase de lancement :

- une *joint action* pour fournir assistance et formation aux pays qui veulent appliquer les recommandations de la communication ;
- un nouveau rapport européen sur les inégalités de santé ;
- deux projets pour l'évaluation d'impact sur les inégalités de santé des fonds structurels européens et des initiatives sur l'emploi du programme Progress ; l'institution d'une Marmot Review pour la région européenne de l'OMS, pour évaluer comment transposer dans toute la région les conclusions de la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé ;
- le dernier avis pour les projets de recherche du VIIe programme européen, dans lequel les déterminants sociaux de santé sont une priorité[6].

Finalement, il faut rappeler que le monitorage des déterminants sociaux de santé et la réduction des inégalités en Europe ont été l'une des priorités de la présidence espagnole de l'Europe en 2010[7].

3. http://www.longstudies.longviewuk.com/
4. http://www.marmotreview.org/
5. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf
6. http://cordis.europa.eu/fp7/health/
7. http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/Nyheter/Moving-Forward-Equity-in-Health.pdf

Le Québec innove pour la réduction des inégalités sociales de santé

Louise Potvin
PhDh, université de Montréal

Au Québec, la question des inégalités sociales de santé est d'actualité depuis déjà plus de deux décennies. Plusieurs acteurs, de milieux aussi divers que la recherche, la santé publique, le monde associatif et le politique, ont amené le Québec dans une position de *leadership* sur la scène canadienne en ce qui a trait à la recherche et l'action sur les inégalités sociales de santé, et plus largement sur les déterminants sociaux de la santé. Cet article esquisse les principaux enjeux que les acteurs de ces quatre secteurs ont portés à travers deux décennies jalonnées d'innovations. Notons d'entrée de jeu qu'au cours des dernières années la mortalité est en baisse au Québec, et ce pour toutes les catégories de revenu. Cependant : « *le poids de la défavorisation matérielle et sociale marque profondément les Québécois et Québécoises au cours de la décennie… Les écarts relatifs et absolus de mortalité prématurée ont nettement augmenté* » [83].

La recherche

Les chercheurs québécois, autant des disciplines du social que de la santé publique, se sont intéressés depuis déjà longtemps aux inégalités sociales en lien avec la santé. Notoirement, dès les années 1980, c'est par le biais d'une lecture féministe des inégalités entre les hommes et les femmes face à la maladie et au système de soins qu'un groupe de chercheures de l'université Laval commençait à documenter le lien entre le social et la santé [30]. Un peu plus tard, les désormais fameux « Indices de défavorisation de Pampalon », qui distinguent la défavorisation matérielle et sociale, montraient bien, dès le milieu des années 1990, que les inégalités sociales de santé ne sont pas qu'affaire de bas revenus [84], mais aussi de conditions sociales d'existence. C'est sur ces bases solides que des groupes se sont formés au début des années 2000, à l'université Laval comme à l'université de Montréal. Dans les deux cas, les chercheurs universitaires travaillent en étroite collaboration avec les chercheurs et praticiens de la santé publique, et avec les décideurs publics. À Québec, c'est principalement par une étude approfondie dans trois quartiers que se développent les connaissances [43]. À Montréal, où la masse de chercheurs est plus importante, le Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé s'est donné comme mission de « *contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'amélioration des conditions de vie. Le Centre assure quatre fonctions dans la communauté montréalaise : 1) le développement de la recherche sur les inégalités sociales de santé façonnées par les conditions de vie, 2) la création d'alliances entre chercheurs de disciplines variées, décideurs publics et intervenants des milieux institutionnels et communautaires pour réaliser ces recherches, 3) le transfert de connaissance pour traduire les résultats de recherche en action, et 4) la formation d'une masse critique de chercheurs œuvrant dans ce domaine*[1] ». Enfin, en 2008, l'ensemble des chercheurs publient un ouvrage synthèse dans lequel les inégalités sociales de santé sont discutées dans des perspectives théorique, empirique et pratique [43].

La santé publique

Moteur économique du Québec et principal endroit d'accueil des immigrants, Montréal est un lieu où les inégalités sociales s'accroissent et deviennent de plus en plus visibles. Dès 1998, le directeur de la santé publique de Montréal, à la sortie de son premier rapport annuel intitulé *Les inégalités de santé*, faisait de la lutte contre les inégalités sociales et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé la première priorité de son organisation [35]. « *Comme directeur de la santé publique* », disait-il à l'époque, « *je n'ai qu'un seul patient : Montréal. Ce qui rend mon patient malade, ce sont les inégalités sociales. Comme médecin, j'ai donc le devoir de traiter les causes de la maladie de mon patient*[2] ». L'action intersectorielle et l'établissement de partenariats de travail avec les principaux acteurs et décideurs publics qui contrôlent les leviers d'action sur les déterminants sociaux de la santé deviennent donc les principales innovations pratiques de la santé publique. Des programmes sont mis en place en partenariat avec la ville de Montréal, Centraide du Grand Montréal, les agences régionales des principaux ministères sociaux. Renforcer la concertation dans les quartiers, outiller les populations locales pour la prise en charge de leurs conditions de vie, intégrer et coordonner l'action des divers intervenants, développer un observatoire et des indicateurs de surveillance des inégalités sociales de santé, c'est ainsi que les acteurs de santé publique de Montréal redéfinissent leur pratique.

Le politique

Au cours de la dernière décennie, le gouvernement du Québec s'est doté de deux outils principaux pour lutter contre les inégalités sociales de santé. La loi sur la santé publique promulguée en 2001 contient deux mesures

1. http://www.centrelearoback.org/fr/lecentre/mission/
2. Directeur de la santé publique. Exposé dans un cours SPU 7001, université de Montréal 1999.

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

importantes à cet effet[3]. Tout d'abord, l'article 7 oblige le ministre à développer et mettre en œuvre un programme national de santé publique pour encadrer les activités de santé publique à tous les niveaux d'action. Dans son premier programme 2003-2012, le ministre identifiait le développement et l'intégration sociale comme l'un des six domaines prioritaires d'intervention, légitimant ainsi une vaste gamme d'actions sur les déterminants sociaux de la santé [36]. En complément, l'article 54 de la même loi donne au ministre le pouvoir d'examiner les effets sur la santé de tout projet de loi et règlement soumis à l'Assemblée nationale, établissant ainsi son autorité quant aux causes sociales des problèmes de santé. Le second instrument législatif est la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale adoptée en 2002. Cette loi, aboutissement d'une mobilisation des mouvements associatifs, encadre l'action gouvernementale dans la poursuite de ses objectifs de réduction de la pauvreté, de promotion du respect et de la dignité des personnes pauvres et de favoriser la participation de tous à la vie collective[4].

Le mouvement associatif

Le mouvement associatif, ou organismes communautaires comme on les appelle au Québec, constitue un acteur clé dans la reconnaissance des déterminants sociaux comme cible d'intervention dans le domaine de la santé publique. Son rôle se décline principalement en trois types d'action. Tout d'abord, au plus près des personnes, les groupes associatifs sont souvent conçus comme point de passage obligé pour rejoindre les populations les plus vulnérables. Porte-parole des plus démunis, ces groupes sont souvent construits comme des médiateurs indispensables pour la prestation de services auprès des groupes les plus défavorisés. Ensuite, ils sont aussi les animateurs des concertations et du débat public dans les quartiers. Enfin, comme le montre l'expérience du Collectif pour un Québec sans pauvreté[5], leurs actions d'*adovacy* en faveur des populations vulnérables font des groupes communautaires un véritable contre-pouvoir dont la capacité de mobilisation est importante.

Conclusion

L'analyse conduite en fonction des acteurs, si elle a le mérite d'éclairer les enjeux et de définir des rôles, a cependant la faiblesse de gommer les nécessaires coordinations entre ces acteurs qui ont permis à ces innovations de se déployer. De manière croissante, les acteurs de santé publique et les associations travaillent ensemble et avec les institutions des autres secteurs pour le déploiement des actions de lutte contre les inégalités de santé. Ces démarches sont souvent accompagnées par des chercheurs qui perçoivent de plus en plus le rôle de la recherche comme support essentiel aux innovations sociales que commande la complexité du problème des inégalités sociales de santé. Les défis sont encore nombreux et les ressources trop rares ; les innovations qui ont marqué l'évolution des dernières années au Québec illustrent bien qu'un problème aussi complexe que les inégalités sociales de santé ne peut être abordé qu'avec une diversité de moyens innovants.

3. Gouvernement du Québec. Loi sur la santé publique. 2001. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2 & file =/S_2_2/S2_2.html

4. Gouvernement du Québec. Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf

5. Collectif pour un Québec sans pauvreté. En ligne : http://www.pauvrete.qc.ca/sommaire.php3

tribunes

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 Determine en 2010. Lutter contre les inégalités sociales de santé invite donc aux politiques multisectorielles plutôt qu'à s'en tenir à la recherche d'efficience 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 télémédecine, 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 !

tribunes

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 femmes[1] ; 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 années[2]. Dernière inégalité, l'exposition professionnelle aux cancérogènes 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

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

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

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-violets 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 cancérogènes 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.

tribunes

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 recherche[1].

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 santé[2]. 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'efficience et l'efficacité d'éventuelles stratégies sont difficiles à élaborer, tant ils doivent être en même temps spécifiques et sensibles ;

– 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'efficience et d'efficacité, 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 principaux[3], 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 publique[4].

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.

2. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110081124/zoom.shtml

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

tribunes

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 cancérigènes) 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

1. 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).
2. Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008.* Irdes, 2010, Biblio 1800.
3. Azogui-Lévy S., Lombrail P., Brodin M., Baillon-Javon E., Pirlet 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.
4. 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.
5. Bahu M., Coutrot T., Herbet J.B., Mermilliod C. « Parcours professionnels et état de santé », *Dossier solidarité santé,* 2010, n° 14, Drees.
6. 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.
7. Banerjee A., Duflo E., Glennerster R., Kinnan C. The *miracle of microfinance ? Evidence from a randomized evaluation.* http://econ-www.mit.edu/files/4161
8. 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.
9. Basset B. (sous la dir. de). *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé.* Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, août 2009.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Bonnefoy X. « Inadequate housing and health : an overview ». Int *J Environ Pollut,* 2007, 30 : 411–429.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Carde E. « Les discriminations dans l'accès aux soins ». Santé *publique,* 2007, 19, 99-109.
20. 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.
21. Chauvin P., Parizot I. « Précarité ». In : Fassin D, Hauray B, eds. Santé *publique : l'état des savoirs. Paris*, La Découverte, 2010, p. 279-290.
22. 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.
23. 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.
24. Comb*ler le fossé en une génération, Commission* des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève, 2008.
25. Commission européenne. Sta*tistiques de la santé. Chiffres clés sur la santé 2002. Données 1970-2001. Eu*rostat, 2002.
26. Comparative Effectiveness and Health Care Spending — Implications for Reform. N Eng*l J Med 2010* ; 362 : 460-465.
27. 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 ». Que*stions d'économie de la santé, 2005*, Irdes, n° 92.

Bibliographie générale

28. Dahl E., Frtzell J., Lahelma E., Martikainen P., Kunst A., Mackenbach J. « Welfare state regimes and health inequalities ». In *Siegrist J., Marmot M. éditeurs, Social Inequalities in Health – New evidence and policy implications. Oxford* University Press, 2006, 193-221.
29. Dares. « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003 ». *Premières synthèses, 2004* ; 52 : 1-8.
30. De Koninck M., Saillant F. « Situation des femmes et stéréotypes chez les soignants ». 1980.
31. DeWalt D.A., Malone R.M., Bryant M.E., Kosnar M.C., Corr K.E., Rothman R.L. et *al.* « A heart failure self-management program for patients of all literacy levels : a randomized, controlled trial ». BMC *Health Services Research, 2006*, Vol 6 : p. 30.
32. Deguen S., Kamga H., Dorelon P., Zmirou-Navier D. « Proximity to industrial polluting sources and socioeconomic status An environmental equity study on a small-area scale ». Epid*emiology, 2009*, Vol 20 (6), p. S58.
33. Deguen S., Zmirou-Navier D. « Social Inequalities resulting from health risks related to ambient air quality. A European review ». Eur *J Public Health, 2010* ; 20 (1) : 27-35.
34. Devaux M., Jusot C., Sermet C., Tubeuf S. « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé ». RFAS, *La* Documentation française, 2008, n° 1, p. 29- 47.
35. Direction de la santé publique Montréal. Rapp*ort annuel 1998 sur la santé de la population. Les inégalités sociales de la santé. Mo*ntréal : 1998.
36. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Pro*gramme national de santé publique 2003-2012. Qu*ébec : gouvernement du Québec.
37. Doran T., Fullwood C., Kontopantelis E., Reeves D. « Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England : analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework ». The *Lancet, 2008*, vol. 372, p. 728-736.
38. Dray-Spira R., Gueguen A., Lert F., VESPA Study Group. « Disease severity, self-reported experience of workplace discrimination and employment loss during the course of chronic HIV disease: differences according to gender and education ». Occu*p Environ Med., 2008*, 65, 112-9.
39. Elbaum M. « Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques ». Revue *d'épidémiologie et de santé publique, 2006*, 55 : 47-54.
40. Fairburn J., Butler B., Smith G. « Environmental justice in South Yorkshire : locating social deprivation and poor environments using multiple indicators ». Loc*al Environment, 2009*, 14: 2 139-154.
41. Falissard B., Loze J.Y., Gasquet I., Duburc A., de Beaurepaire C., Fagnani F., Rouillon F. « Prevalence of mental disorders in French prisons for men ». BMC *Psychiatry 2006* ; 6: 33.
42. Forastiere F., Stafoggia M., Tasco C. et *al.* « Socioeconomic status, particulate air pollution, and daily mortality : differential exposure or differential susceptibility ». Am J *Ind Med 2007* ; 50 : 208–16.
43. Frohlich K., De Koninck M., Demers A., Bernard P. éditeurs. Les *inégalités sociales de santé au Québec. Mo*ntréal : Presses de l'université de Montréal ; 2008.
44. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Les *inégalités sociales de santé dans les régions de France. Pa*ris : Fnors, coll. Les études du réseau des ORS, décembre 2010.
45. Girard V., Estecahandy P., Chauvin P. La s*anté des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Pa*ris : La Documentation française, 2010.
46. Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., lert F. « Epidemiology and social determinants of health inequalities ». Revue *d'épidémiologie et de santé publique, 2003* ; 51, 381-401.
47. Graham H., Power C. « Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research ». Chil*d : Care, Health and Development, 2004*, 30, 671-678.
48. Haut Comité de la santé publique. La s*anté en France 2002. Pa*ris : La Documentation française, 2002.
49. Haut Conseil de la santé publique. Les *inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Pa*ris : La Documentation française, coll. Avis et rapports, avril 2010.
50. Haut Conseil de la santé publique. Les *systèmes d'information pour la santé publique. Co*ll. Avis et rapports, Paris : La Documentation française ; novembre 2009.
51. Havard S., Deguen S., Bodin J., Louis K., Laurent .O., Bard D. « A small-area index of socioeconomic deprivation to capture health inequalities in France ». Soc *Sc Med, 2008*, Vol 67 (12) : 2007-2016.
52. Jacobson T.A., Thomas D.M., Morton F.J., Offutt G., Shevlin J., Ray S. « Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial ». The *Journal of the American Medical Association, 1999*, vol. 282, p. 646-50.
53. Jaen C.R., Stange K.C., Nutting PA. « Competing demands of primary care : a model for the delivery of clinical preventive services ». Jou*rnal of Family Practice, 1994*, Vol 38, p. 166-171.
54. Jusot F. « La lutte contre les inégalités sociales de santé en Europe », in Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. éditeurs. Rédu*ire les inégalités sociales en santé. Sa*int-Denis : Inpes, coll. Santé en action, à paraître.
55. Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. « Effort or Circumstances: Does the correlation matter for inequality of opportunity in health ». Cahi*ers de la chaire santé, n°* 8.
56. Kocoglu Y., De Albuquerque David R. Cont*ributions du secteur de la santé à la croissance économique : une synthèse des travaux empiriques. Ra*pport intermédiaire dans le cadre d'une convention de recherche Drees-Centre d'études de l'emploi.
57. Kruize H., Driessen P.P.J., Glasbergen P., van Egmond K. « Environmental equity and the role of public policy : experiences in the Rijnmond Region ». Envi*ron Manag, 2007*, 40 : 578-595.
58. Laaksonen E., Martikainen P., Lallukka T., Lahelma E., Ferrie J., Rahkonen O., Marmot M., Head J. « Economic difficulties and common mental disorders among Finnish and British white-collar employees: the contribution of social and behavioral factors ». Jou*rnal of Epidemiology and Community Health, 2009* ; 63, 439-446.
59. Lang T., Kelly-Irving M., Delpierre C. « Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie ». Rev *Epidemiol Santé Publ, 2009*, 57, 429-35.
60. « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats ». Étud*es et résultats, Dr*ees, n° 632, avril 2008.
61. Lasfargues G. « Départs en retraite et "travaux pénibles" : l'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé ». Rapp*ort de recherche, Ce*ntre d'étude de l'emploi, 2005, n° 19.
62. Laurian L. « Environmental Injustice in France ». J En*viron Planning Management. 2008*, 51 : 1, 55-79.
63. Lebas J., Chauvin P. Préc*arité et santé. Pa*ris : Flammarion Médecine Sciences, 1998.
64. Leclerc A., Fassin D., Granjean H., Kaminski M., Lang T. Les *inégalités sociales de santé. Pa*ris : La Découverte/Inserm, 2000.
65. Leclerc A., Gourmelen J., Chastang J.-F., Plouvier S., Niedhammer I., Lanoë J.-L. Level of education and back pain in France : the role of demographic, lifestyle and physical work factors. International Archives of Occupational and Environmental Medicine 2009 ; 82 (5) : 643-652.
66. Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Inégaux *face à la santé. Du constat à l'action. Pa*ris : La Découverte/Inserm Ed., 2008.
67. Leleu H., Jusot F., Bourgueil Y. Addre*ssing Inequalities Interventions In Regions : Literature review. Ra*pport dans le cadre du projet AIR, 2010.
68. Lombrail P. « Inégalités de santé et d'accès

secondaire aux soins». Revue *d'épidemiologie et santé publique, 2*007, 55, 23-30.
69. Lombrail P., Pascal J., Lang T. «Accès au système soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ?» Santé*, société et solidarité, 2*004, 2, 61-71.
70. Macinko J., Starfield B., Shi L. «The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998», Heal*th Services Research, 2*003, 38, 3: 831-65.
71. Melchior M., Berkman L.F., Niedhammer I., Zins M., Goldberg M. «The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study». Soc *Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2*007 ; 42, 573-582.
72. Melchior M., Roquelaure Y., Evanoff B., Chastang J.F., Ha C., Imbernon E., Goldberg M., Leclerc A. and the Pays de la Loire Study Group. «Why are manual workers at high risk of upper limb disorders ? The role of physical work factors in a random sample of workers in France (the Pays de la Loire study)». Occu*pational and Environmental Medicine, 2*006 ; 63, 754-761.
73. Mercer S.W., Watt G.C. «The inverse care law : clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland». Anna*ls of Family Medicine, 2007*, vol. 5 : p. 503-510.
74. Michelot F., Tron I., Guilbert Ph., Trugeon A. «Apport d'une approche territoriale dans l'évaluation d'une campagne de prévention». Saint-Denis : Inpes, Évol*utions, n°* 19, janvier 2010.
75. Mindell J.S., Boltong A., Forde I. «A review of health impact assessment frameworks». Publ*ic Health, 2*008, 122 (11), 1177-87.
76. Monden CWS. «Current and lifetime exposure to working conditions. Do they explain educational differences in subjective health ?» Soci*al Science and Medicine, 2*005 ; 60 : 2465-2476.
77. Monteil C., Robert-Bobée I. «Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes». Insee *Première, In*see, 2005, n° 1025, juin.
78. Mouquet M.-C., Villet H. «Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné». Paris : Drees, Études *et résultats, n°* 192, septembre 2002.
79. Naess O., Piro F.N., Nafstad P., Smith G.D., Leyland A.H. «Air pollution, social deprivation, and mortality: a multilevel cohort study». Epid*emiology. 2*007 ; 18 (6) : 686-694.
80. Niedhammer I., Bourgkard E., Chau N., the Lorhandicap study group. «Occupational and behavioural factors in the explanation of social inequalities in premature and total mortality : a 12.5-year follow-up in the Lorhandicap study». Euro*pean Journal of Epidemiology, 2*010 (sous presse).
81. Niedhammer I., Chastang J.F., David S., Kelleher C. «The contribution of occupational factors to social inequalities in health : findings from the national French SUMER survey». Soci*al Science and Medicine, 2*008 ; 67 (11), 1870-81.
82. Or Z., Jusot F., Yilmaz E., The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2009), «Inégalités sociales de recours aux soins en Europe : Quel rôle pour le système de soins ?». Revue *économique, 60*, 2 : 521-543.
83. Pampalon R., Hamel D., Gamache P. «La mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale». Dans : Frohlich K., De Koninck M., Demers A., Bernard P., éditeurs. Les *inégalités sociales de santé au Québec. Mo*ntréal : Presses de l'université de Montréal ; 2008.
84. Pampalon R., Raymond G. «Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec». Mala*dies chroniques au Canada, 2*000 ; 21 : 113-122.
85. Parizot I. Soig*ner les exclus. Pa*ris : PUF, «Le lien social», 2003.
86. Pascal J., Abbey-Huguenin H., Leux C., Lombrail P., Lert F. «Social vulnerability and unmet preventive care needs in outpatients of two French public hospitals». The *European Journal of Public Health, 2*009, 19, 403-411.
87. Paugam S. Le l*ien social. Pa*ris, PUF, «Que sais-je», 2009.
88. Pickles A., Maugham B., Wadsworth M. Epid*emiological methods in life course research. Ox*ford : Oxford University Press, 2007.
89. Plouvier S., Leclerc A., Chastang J.-F., Bonenfant S., Goldberg M. «Socioeconomic position and low-back pain – the role of biomechanical strains and psychosocial work factors in the GAZEL cohort». Scan*dinavian Journal of Work, Environment and Health, 2*009, 35, 6, 429-336.
90. Ques*tions d'économie de la santé, n°* 125, Irdes, septembre 2007.
91. Santin G., Cohidon C., Goldberg M., Imbernon E. «Depressive symptoms and atypical jobs in France, from the 2003 Decennial Health Survey». Ame*rican Journal of Industrial Medicine, 2*009 ; 52 : 799-810.
92. Schieber A.-C., Kelly-Irving M., Rolland Ch., Afrite A., Cases Ch., Dourgnon P., Lombrail P., Pascal J., Lang T. «Do doctors and patients remember the same elements of the cardiovascular risk-factors'management after the consultation ? The Intermede study». Brit*ish Journal of General Practice (s*ous presse).
93. Schouten B.C., Meeuwesen L. «Cultural differences in medical communication : a review of the literature». Pati*ent Education and Counselling, 2*006 ; 64 (1-3), 21-34.
94. Shonkoff J.P., Boyce W.T., McEwen B.S. «Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities : building a new framework for health promotion and disease prevention». JAMA*, 2*009, 301, 2252-9.
95. Silol R., Zins M., Chauvin P., Chaix B. Investigating the spatial variability in incidence of coronary heart disease in the Gazel cohort : the impact of area socioeconomic position and mediating role of risk factors. J Ep*idemiol Community Health, 2*010, sous presse.
96. Simmons L.A., Swanberg JE. «Psychosocial work environment and depressive symptoms among US workers: comparing working poor and working non-poor». Soc *Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2*009, 44 : 628-635.
97. Singh-Manoux A., Nabi H., Shipley M., Gueguen A., Sabia S., Dugravot A. et a*l.* «The role of conventional risk factors in explaining social inequalities in coronary heart disease». Epid*emiology, 2*008, 19-599, 605.
98. Singh-Manoux A., Ferrie J.E., Chandola T., Marmot M. «Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife : evidence for the accumulation hypothesis ?» Int *J Epidemiol, 2*004, 33, 1072-9.
99. Stirling A.M., Wilson P., McConnachie A. «Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice». The *Journal of General Internal Medicine, 2001*, vol. 51, p. 456-460.
100. Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lémery B. Inégal*ités socio-sanitaires en France, de la région au canton. Is*sy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, coll. Abrégés, novembre 2010.
101. Varkey A.B., Manwell L.B., Williams E.S., Ibrahim S.A., Brown R.L., Bobula J.A. et al. «Separate and unequal : clinics where minority and nonminority patients receive primary care». Archi*ves of Internal Medicine, 2*009, vol. 169, p. 243-250.
102. Whitehead M. «Diffusion of ideas on social inequalities in health: A European perspective». The M*ilbank Quaterly, 1998*,76, 3 : 469–92.
103. Whitehead M., Dahlgren G. «Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1». Copenhague, Studi*es on social and economic determinants of population health ; 2,* 2006.
104. Willems S., De Maesschalck S., Deveugele M., Derese A., De Maeseneer J. «Socioeconomic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference ?» Pati*ent Education and Counselling, 200*5 Feb ; 56 (2), 139-46.
105. Wismar M. et co*l. The effectiveness of health impact assessment : scope and limitations of supporting decision-making in Europe. Eu*ropean observatory on health systems and policies, 2007.

Master en santé publique en présentiel et *via* internet

Le master santé publique proposé par l'Isped vise à former les étudiants aux différents métiers de la santé publique, à partir d'une 1re année (M1) constituant un socle commun généraliste en santé publique, et conduisant en 2e année (M2) à des spécialisations dans les domaines de l'épidémiologie, de la biostatistique, de l'informatique médicale, du management des organisations médicales et médico-sociales, de la promotion de la santé et du développement social, et de la santé internationale. Les étudiants ou professionnels peuvent également démarrer en M2 directement, s'ils ont déjà un M1 ou équivalent correspondant aux pré-requis du M2 choisi.

Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped)

Université Victor Segalen Bordeaux 2

Master Sciences, Technologies, Santé — mention Santé publique

Responsable
Professeur Louis-Rachid Salmi

Master 1

490 heures d'enseignement
+ stage 2 mois – 60 ECTS
Possible également *via* internet

Semestre 1
Fondamentaux en santé publique

Semestre 2
Pré-spécialisation et stage d'immersion

Responsable pédagogique
Pr Ag. M-A. Jutand
Secrétaire pédagogique
C. Queffelec
m1SP@isped.u-bordeaux2.fr

Coût de la formation

Formation en présentiel

- Formation initiale : droits universitaires*
- Adulte en reprise d'études (formation continue) : 3 000 euros + droits universitaires*. Sauf option Management des organisations médiales et médico-sociales « cycle professionnel » : 4 500 euros + droits universitaires*

Formation *via* internet
(uniquement pour les adultes en reprise d'études)
4 500 euros + droits universitaires*

* Droits universitaires réévalués chaque année, fixés par arrêté ministériel en juillet.

Master 2 : 6 spécialités et des options, parcours recherche ou professionnel

400 heures d'enseignement + stage 4-6 mois – 60 ECTS.

Épidémiologie

Possible également *via* internet.
Responsables pédagogiques
Dr M. Savès et Dr R. Thiébaut
Secrétaire pédagogique
S. Jallier
m2SPepidemio@isped.u-bordeaux2.fr
Trois options

- Épidémiologie clinique
  Responsable pédagogique
  Pr G. Chêne
- Épidémiologie d'intervention
  Responsable pédagogique
  Pr F. Dabis
- Épidémiologie environnementale et professionnelle
  Responsables pédagogiques
  Dr I. Baldi et Pr P. Brochard

Biostatistique

Responsable pédagogique
Pr A. Alioum
Secrétaire pédagogique
N. Schneider
m2SPbiostat@isped.u-bordeaux2.fr

Informatique médicale

Responsable pédagogique
Dr F. Thiessard
Secrétaire pédagogique
ME. Chignac
m2SPinfomed@isped.u-bordeaux2.fr

Management des organisations médicales et médico-sociales

Responsable pédagogique
Dr E. Verpillot
Secrétaire pédagogique
M. Petitjean
m2SPmomms@isped.u-bordeaux2.fr

Promotion de la santé et développement social

Responsable pédagogique
Dr B. Cherubini
Secrétaire pédagogique
E. Andrieux
m2SPproms@isped.u-bordeaux2.fr

Santé internationale

Responsables pédagogiques
Dr R. Becquet et Pr F. Dabis
Secrétaire pédagogique
E. Andrieux
m2SPsi@isped.u-bordeaux2.fr
(Erasmus Mundus – Pr D. Malvy)

Retrait des dossiers de candidature

http://www.isped.u-bordeaux2.fr
rubrique « formation » puis « master sante publique »

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Sigle
Irdes

Création
Ancienne division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc), le Centre de recherche et documentation en économie de la santé (Credes), association de loi 1901, est créé le 30 janvier 1985. Il change de nom pour devenir l'Institut de recherche e documentation en économie de la santé (Irdes) le 1er juin 2004.

Budget
Le budget de l'Irdes est composé à 80 % par des subventions de la Cnamts, de la Mutualité française, du Régime social des indépendants (RSI) et de la Mutualité sociale agricole (MSA) ; il est complété par des contrats obtenus en répondant à des appels d'offres publics.

Structure
Équipe de 59 personnes dont : 44 personnels de recherche (28 chercheurs, 7 attachés de recherche et 9 chercheurs associés) et 15 personnels de soutien à la recherche (services édition-diffusion, documentation, informatique, service administratif).

Directeur
Yann Bourgueil

Président du conseil d'administration
François Joliclerc

Président du conseil scientifique
François Héran

Missions
Producteur de données et d'analyses en économie de la santé, l'Irdes a pour objectif de contribuer à nourrir la réflexion de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du système de santé. Multidisciplinaire, l'équipe de l'Irdes — composée de médecins, d'économistes et de statisticiens — observe et analyse l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins à la fois sous l'angle médical, économique, géographique... La mise à disposition de l'information ainsi que la formation font également partie de ses missions. L'Irdes réalise des études et recherches qui s'appuient notamment sur les données des enquêtes qu'il effectue ou qu'il exploite (*cf.* Enquête santé protection sociale [ESPS], enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) ainsi que sur des analyses bibliographiques ou des comparaisons internationales.

Programme de l'Irdes
Le programme de recherche de l'Irdes se décline à partir des thèmes d'analyse autour de l'offre de soins hospitalière comme ambulatoire, des inégalités sociales de santé ou de l'assurance en santé, mais aussi de nouvelles thématiques telles que la santé au travail, l'économie des soins de long terme ou l'innovation pharmaceutique. Les questions de la performance des systèmes de santé sous-tendent de nombreux projets et constituent un des fils conducteurs du programme. De même, les problématiques territoriales et géographiques sont de plus en plus largement prises en compte. La mise au point des outils, qu'il s'agisse de la création de nouvelles bases de données ou d'outils statistiques sophistiqués, demeure une des activités fondamentales de l'Irdes, qui permet d'apporter des réponsesaux nouvelles problématiques du secteur.
Consultation du programme en ligne : http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/ProgrammeRecherche.html
Les chercheurs de l'Irdes entretiennent par ailleurs des relations privilégiées avec de nombreux partenaires dans les milieux scientifiques, médicaux, universitaires et administratifs, tant en France et en Europe qu'en Amérique du Nord.

Publications de l'Irdes
Disponibles sur http://www.irdes.fr
Questions d'économie de la santé
Mensuel de 4 à 8 pages, d'une grande lisibilité, sur l'actualité des travaux de recherche menés à l'Irdes.
Documents de travail
Série de 8 à 10 pré-articles scientifiques par an, en français ou en anglais, qui présentent à la discussion l'état d'une réflexion sur une problématique de recherche.
Rapports de l'Irdes
Résultats complets d'une enquête menée par l'Irdes ou réponse exhaustive à une commande sur une thématique propre à l'Irdes.

Outils documentaires
Disponibles sur http://www.irdes.fr
Quoi de neuf Doc ?
Bulletin bibliographique qui répertorie de façon thématique les dernières parutions en économie de la santé.
Dossiers documentaires
Bibliographies qui présentent les principaux documents de référence sur un thème donné.

Coordonnées
Irdes
10 rue Vauvenargues
75018 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 00
Télécopie : 01 53 93 43 50
Site : http://www.irdes.fr

éducation thérapeutique

Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation
Inpes, dossiers santé en action, 2010, 412 pages.

Cet ouvrage, issu de la collaboration entre l'Inpes et des acteurs de l'éducation thérapeutique du patient, rassemble des analyses d'interventions d'éducation thérapeutique mises en place en France et au Québec. Destiné aux professionnels de santé, il vise à leur apporter des repères dans différentes pathologies pour lesquelles on dispose d'approches d'éducation thérapeutique similaires : diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, sida/VIH, asthme, cancer, polyarthrite rhumatoïde et lombalgie. Cet ouvrage, à l'appui de nombreuses expériences, présente les résultats très encourageants obtenus par l'éducation thérapeutique et montre son rôle dans l'amélioration de l'état de santé des personnes. Cependant il reste encore beaucoup à faire face à la croissance du nombre de malades chroniques, à la relative pénurie de médecins dans certaines spécialités, aux restrictions budgétaires, aux exigences croissantes des patients… Autant de questions qui alimentent la réflexion pour le développement de nouvelles perspectives d'action et la poursuite de recherches dans ce domaine.

santé publique

Santé publique : l'état des savoirs
Didier Fassin et Boris Hauray (sous la direction de)
Inserm, éditions La Découverte, octobre 2010, 536 pages, 25 euros.

Dans l'introduction de l'ouvrage, il est rappelé la définition de la santé publique par Charles-Edward Winslow, bactériologiste américain et fondateur du Département de la santé publique à Yale en 1915 : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes d'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé.* » Cette phrase, publiée dans la revue *Sciences* en 1920, illustre déjà les nombreux domaines en santé publique que la soixantaine d'auteurs (chercheurs et praticiens) ont abordés et actualisés dans cet ouvrage sur « *l'état des savoirs* ». Ils ont cherché à dégager le sens et les enjeux de la santé publique, en prenant en compte les progrès réalisés ces dernières décennies dans tous les domaines. Ils ont constaté que les défis à relever en santé publique ne cessaient de se multiplier, car se trouvant plus que jamais au cœur de l'actualité de notre société contemporaine et mondialiste.

démocratie sanitaire

Environnement : Commission nationale du débat public. Rapport d'activité 2009-2010
CNDP, septembre 2010 : trois dossiers. Rapport d'activité 2009-2010, 152 pages. Synthèse des débats et des concertations recommandées, CNDP 2002-2009, 77 pages. Évolution et moyens de la Commission nationale du débat public, CNDP 2002-2009, 146 pages.

La Commission nationale du débat public, CNDP, instituée par la loi Barnier du 2 février 1995 et installée le 4 septembre 1997 par la ministre de l'Environnement, est une institution qui a pour rôle de traiter les questions d'environnement avec la participation de tous les citoyens concernés. Le rapport d'activité 2009-2010 retrace l'ensemble des décisions et actions entreprises au cours de l'année écoulée. Neuf débats publics se sont déroulés en 2009, autant sont organisés en 2010. La loi n° 2010-788 du 12 juillet

Le Coudrier

Une nouvelle maison d'édition dédiée à la santé publique

Source de savoirs pratiques pour l'action et la décision

L'événement est assez rare pour qu'on le souligne : une maison d'édition dédiée à notre secteur, la santé publique, vient de naître. Elle a été créée par Pascale Gayrard, médecin et consultante en santé publique. Beaucoup d'éditeurs œuvrent dans le domaine avec efficacité, en particulier les Presses de l'EHESP et celles de l'Inpes, et aussi les grands éditeurs en sciences humaines. Mais la voix de cette édition est différente de celle de ses grandes sœurs : sa ligne éditoriale est avant tout pratique. Le projet est de traiter les sujets de façon à aider les acteurs à agir et les décideurs à décider au quotidien. Pour cela, réaliser des ouvrages courts, allant à l'essentiel, bien documentés et faciles à lire, et solliciter des auteurs ayant une expérience concrète des sujets. Le nom, « Le Coudrier », illustre la volonté de fournir aux professionnels des outils utiles à leur action. Le coudrier est en effet le nom de l'outil en forme de rameau fourchu des sourciers. Le Coudrier, une édition outil pour accéder aux bonnes sources en quelque sorte.

Le premier livre du Coudrier se situe dans le domaine de l'organisation des soins et porte sur un sujet d'actualité : *Monter et faire vivre une maison de santé* (lire la présentation ci-contre). L'auteur, Pierre De Haas, est au fait de son sujet : il est médecin généraliste et a lui-même initié la maison de santé de Pont-d'Ain où il exerce.

D'autres livres sont en préparation et doivent inaugurer de nouvelles collections. Le prochain à paraître concerne les organismes de la gouvernance en santé publique. Son auteur est bien connu des lecteurs de cette revue puisqu'il s'agit de Patricia Siwek, sa rédactrice en chef. Le défi de cet ouvrage, premier de la collection « Synthèses et repères » est de clarifier le paysage des institutions en charge de la santé publique. Quelles sont les missions des uns et des autres, les interconnexions, et les réalisations concrètes – toutes informations utiles à la compréhension du système et des mécanismes de décision. Le troisième ouvrage du Coudrier initiera la collection « Outils pour la santé publique » et portera sur les techniques d'animation en éducation à la santé. Alain Douiller, directeur du Codes du Vaucluse et ancien rédacteur en chef de *La Santé de l'homme*, y travaille avec l'aide de son réseau en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

L'édition est un secteur économique difficile car seules les ventes d'ouvrages constituent les recettes. Le pari du Coudrier repose sur trois points : au niveau éditorial, répondre aux besoins des professionnels, s'agissant de la diffusion, être présent dans les congrès, les journaux professionnels et s'appuyer sur le bouche à oreille et, en termes de distribution, permettre un accès facile aux ouvrages en étant présent à la fois en librairie et sur internet grâce au site de l'édition : **http://www.edition-lecoudrier.fr**

Ce court article répond au deuxième point : faire découvrir l'édition aux acteurs du domaine pour qu'ils jugent de son intérêt et, si bon leur semble, diffusent à leur tour l'information...

Monter et faire vivre une maison de santé
Pierre De Haas
Le Coudrier, coll. Partage d'expériences, 2010, 173 p., 29 euros.

Ce livre s'adresse tant aux professionnels de santé libéraux, porteurs de projets, qu'aux acteurs des collectivités territoriales et organismes sanitaires potentiellement parties prenantes. Il est bâti en deux grandes parties qui se répondent. La première présente cinq expériences montrant la diversité des réalisations suivant les milieux et le contexte local. La deuxième décrit les six briques à assembler pour bâtir une maison de santé (approche territoriale, dynamique d'équipe, projet de santé et projet professionnel, aspects juridiques, immobilier et financement), ainsi que les obstacles à éviter. Elle traite ensuite du fonctionnement au quotidien et donne des conseils pratiques aux professionnels exerçant au sein d'une maison de santé. Enfin, à une époque où le système de santé ambulatoire est en mutation, l'auteur dresse les perspectives de ce nouveau mode d'organisation des soins de premier recours.

Pierre De Haas est médecin généraliste, initiateur et coordonnateur de la maison de santé de Pont-d'Ain. Il intervient également comme conseil et formateur auprès de professionnels et de collectivités dans le cadre de l'Adesa (Association pour le développement de l'évaluation en soins ambulatoire). Depuis 2009, il est président de la Fédération française des maisons et pôles de santé.

2010 portant engagement national pour l'environnement élargit la composition de la commission à 25 membres et accueille en son sein 2 représentants des organisations syndicales représentatives des salariés et 2 représentants des entreprises ou des chambres consulaires. Avec ces nouveaux membres, la CNDP est composée des représentants des 5 collèges constitutifs de chacun des groupes de travail du Grenelle de l'environnement.

sécurité des patients

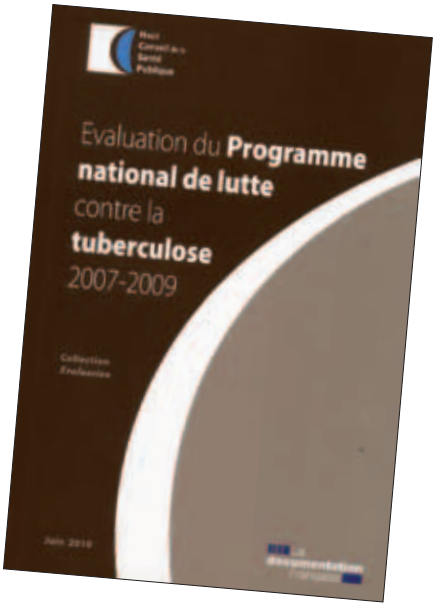
Surveiller et prévenir les infections associées aux soins
HCSP, Joseph Hajjar, coordinateur du groupe du HCSP, Éditions Société française d'hygiène hospitalière (SFHH), volume XVIII, n° 4, septembre 2010, 180 pages. 25 euros.

Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales a vu le jour en 1988 avec l'obligation faite par décret aux établissements de santé publics ou privés participant au service hospitalier (PSPH) de mettre en place des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Parallèlement, à cette date, a été élaborée sous l'égide du Conseil supérieur d'hygiène publique de France la première version des *100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales* dont l'objectif est de servir de guide et signaler aux professionnels de santé les actions prioritaires à mettre en place. Depuis, un nouveau décret en date de 1999 a étendu la lutte contre les infections nosocomiales (LIN) à tout établissement de santé. Le présent document se situe dans le contexte d'évènements nouveaux, sociologiques et techniques, notamment ceux concernant les nouvelles définitions des infections associées aux soins depuis 2007, englobant tout évènement infectieux en rapport avec un processus, une structure, une démarche de soins et, de ce fait, étendant le concept initial au secteur médico-social et libéral. La présente réactualisation a été conduite par le HCSP, qui a mandaté un groupe de travail multidisciplinaire et transversal.

plan de santé publique

Évaluation du Programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009
HCSP, La Documentation française, novembre 2010, 103 pages, 13 euros.

Dans sa lettre du 15 juin 2009, la ministre en charge de la Santé avait sollicité l'avis de la commission spécialisée du HCSP « Évaluation, stratégie et prospective » face à une augmentation de l'incidence de la tuberculose et à une couverture insuffisante des enfants à risque pour évaluer, d'une part, le Programme national de lutte contre la tuberculose, PNLT, et, d'autre part, apprécier les conséquences de la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG et proposer éventuellement des mesures rectificatives. La commission rappelle tout d'abord que la tuberculose reste un fléau pour un grand nombre de pays, lié notamment à la pauvreté et au VIH/sida. En effet, du fait de la croissance des échanges démographiques, aucune région ne peut être considérée comme définitivement à l'abri d'une remontée de l'incidence de la maladie. Les auteurs du rapport présentent le résultat de leur travail mêlant approche qualitative et quantitative, en proposant (sans remettre en cause la stratégie actuelle), huit mesures rectificatives destinées à améliorer la lutte antituberculeuse, réparties autour de trois principes : maintenir la stratégie actuelle (par exemple, ne pas revenir sur la suspension de l'obligation vaccinale) ; définir et mettre en œuvre un pilotage optimal (notamment en établissant un partenariat formalisé entre la DGS et le réseau des centres de lutte antituberculeuse, et en déléguant aux ARS le suivi de la lutte antituberculeuse dans les régions…) ; doter les différents niveaux d'intervention des moyens nécessaires en recommandant de procéder à l'évaluation du coût des actions de routine.



Les rubriques *Lectures* et *Brèves internationales* ont été rédigées par Antoinette Desportes-Davonneau.

Europe

Respect des teneurs maximales en résidus de pesticides dans et sur les denrées alimentaires
Règlement (UE) n° 915/2010 de la Commission du 12 octobre 2010, JOUE *du 13 octobre 2010.*

Un règlement en date du 12 octobre 2010 concernant un programme de contrôle, pluriannuel et coordonné, de l'Union pour 2011, 2012 et 2013 est destiné à garantir le respect des teneurs maximales en résidus de pesticides et sur les denrées alimentaires d'origine végétale et animale, et à évaluer l'exposition du consommateur à ces résidus. Les États membres communiqueront les résultats des analyses d'échantillons effectuées en 2011, 2012, 2013, respectivement pour le 31 août de chacune de ces trois années.

Participation financière de l'Union à un programme de surveillance coordonné à effectuer dans les États membres sur la prévalence de *Listeria monocytogenes* dans certaines denrées alimentaires prêtes à être consommées
Décision de la Commission du 5 novembre 2010, JOUE *du 10 novembre 2010.*

L'Autorité européenne de sécurité alimentaire (EFSA) et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies ont publié des rapports sur les tendances et les sources des zoonoses, des agents zoonotiques et de la résistance antimicrobienne dans l'Union en 2006 et en 2007. Ces rapports indiquent que 1 588 cas de listériose en 2006 et 1 558 cas en 2007 ont été recensés dans 26 États membres. La maladie étant grave et le taux de mortalité élevé (la *listeria monocytogenes* est capable de se multiplier dans divers aliments à basse température : 2 à 4 °), la présente décision établit un programme de surveillance coordonné de la prévalence la concernant dans certaines catégories de denrées alimentaires prêtes à être consommées. Par ailleurs, elle fixe les règles d'octroi d'une participation financière de l'Union aux États membres afin de mettre en œuvre ledit programme.

Influenza aviaire
Décision de la Commission du 30 novembre 2010 modifiant les décisions 2005/692/CE, 2005/734/CE, 2007/25/CE et 2009/494/CE relatives à l'influenza aviaire, JOUE *du 2 décembre 2010.*

La Commission a adopté plusieurs mesures de protection (à partir de décembre 2003 jusqu'au 31 décembre 2010) contre l'influenza aviaire à la suite de l'apparition de foyers de cette maladie en Asie du Sud-Est, causés par le virus hautement pathogène de l'influenza aviaire du sous-type H5N1. Or, des foyers de ce virus apparaissent encore chez les oiseaux sauvages et les volailles dans les États membres et des pays tiers, entraînant un risque pour la santé animale et humaine. Dans ces conditions, la présente décision réexamine, actualise, modifie ou prolonge selon les cas, les mesures de protection prises par les précédentes décisions.

BRÈVES INTERNATIONALES

22 septembre 2010
Médicaments plus sûrs

Lors de la session plénière du 20 au 23 septembre 2010, le Parlement européen s'est prononcé en faveur d'une surveillance accrue du marché des médicaments en renforçant les règles européennes pour améliorer la sécurité des patients. Chaque année, près de 200 000 décès sont dus à des réactions indésirables à des médicaments dans l'Union : des médicaments parfaitement légaux et testés peuvent avoir des effets inattendus une fois commercialisés à grande échelle. Par ailleurs, un comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance doit être créé dans le cadre de l'Agence européenne des médicaments.

14 novembre 2010
Journée mondiale du diabète

Cette journée a pour but de mieux faire connaître le diabète dans le monde et les moyens dont on dispose pour le prévenir. En effet, l'OMS estime à plus de 220 millions le nombre de diabétiques dans le monde. Elle rassemble des millions de personnes dans le monde entier dans une vaste campagne de sensibilisation. L'initiative a été lancée par la Fédération internationale du diabète et l'Organisation mondiale de la santé en 1991, en réponse aux inquiétudes liées à l'incidence croissante du diabète.

15 novembre 2010
Drogue : état des lieux en Europe

Le directeur de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies a présenté son rapport annuel aux députés européens. Face aux 4 millions d'Européens consommant quotidiennement du cannabis, aux 4 millions qui ont consommé de la cocaïne l'année dernière, dont 1 000 en sont morts, l'Observatoire européen a rappelé les enjeux de santé publique liés à la drogue et aux dangers qu'elle représentait. L'année 2009 s'est distinguée également par un nombre record de nouvelles drogues mises sur le « marché ».

26 novembre 2010
Déclaration historique sur la santé des enfants atteints de déficiences intellectuelles

Les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS ont signé une déclaration dans laquelle ils s'engageaient à améliorer la vie des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles. Cinq millions d'enfants souffrent de ces déficiences en Europe, dont plus de 300 000 sont placés en institution, souvent pour le reste de leur vie. La déclaration annonce un plan d'action portant sur six domaines prioritaires avec des mesures concrètes pour aider et soigner ces enfants.

3 décembre 2010
La drogue de synthèse méphédrone interdite dans l'Union européenne

Les ministres de la Justice de l'Union européenne ont décidé d'interdire, le 3 décembre 2010, la fabrication et la commercialisation en Europe de la méphédrone, une drogue de synthèse proche de la cocaïne ou de l'ecstasy. Disponible sur Internet et licite dans 12 pays de l'U.E., cette drogue est impliquée dans 37 décès suspects au Royaume-Uni et en Irlande. Cependant, certains spécialistes demeurent sceptiques et s'inquiètent de voir remplacer cette substance par une autre. En effet, 24 nouvelles substances ont fait leur apparition en 2009, 33 nouvelles sont apparues en 2010.

adsp abonnement

actualité et dossier en santé publique

À photocopier ou à découper et à envoyer à
Direction de l'information légale et administrative
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers CEDEX
Téléphone 01 40 15 70 00
Télécopie 01 40 15 68 00

Nom _____

Prénom _____

Profession _____

Adresse _____

_____

Code postal _____

Localité _____

_____

Oui, je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(4 numéros par an)

- ☐ France 45,00 euros TTC
- ☐ Europe 48,80 euros TTC
- ☐ DROM et RP 48,80 euros HT avion éco.
- ☐ Autres pays 51,20 euros HT avion éco.
- ☐ Supplément avion 5,60 euros

☐ Le numéro, 15,00 euros (à partir du numéro 24)
Participation aux frais de facturation et
de port (sauf pour les abonnements) + 4,95 euros

Ci-joint mon règlement :

☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de M. l'agent comptable de la Direction de l'information légale et administrative.

☐ Par carte bancaire

date d'expiration ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

numéro ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Date Signature

adsp

actualité et dossier en santé publique

La revue adsp

Actualité et dossier en santé publique (adsp) est la revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique. Elle apporte des repères à tous ceux qui, dans le cadre de leur activité ou de leur formation, doivent connaître l'actualité en santé publique dans toutes ses dimensions : épidémiologique, juridique, économique, sociologique, institutionnelle.

Chaque numéro comporte des rubriques régulières (HCSP direct, Actualité, International, Repères...) ainsi qu'un dossier thématique pédagogique coordonné et rédigé par des spécialistes du domaine. Ce dossier a pour ambition de donner un panorama complet de la problématique abordée : avec des données épidémiologiques, des informations juridiques et économiques, une description du dispositif dans lequel elle s'inscrit, l'état de la recherche, les problèmes particuliers, les perspectives ainsi que des informations sur les expériences étrangères.

Les articles sont, pour la majorité, des articles de commande sur des thèmes décidés par le comité de rédaction qui sollicite, pour les rédiger, des auteurs dont la compétence est reconnue. Les articles spontanément proposés à la rédaction sont d'abord vus par le rédacteur en chef ; ceux qui semblent les plus intéressants sont ensuite envoyés à plusieurs relecteurs, pour avis, avant d'être proposés au comité de rédaction. Les auteurs ne sont pas rémunérés.

Conflits d'intérêts

La revue devant répondre aux critères de qualité fixés par les conseils nationaux de la formation médicale continue, la rédaction s'assure que les conflits d'intérêts éventuels sont clairement identifiés comme tels dans l'article.

Tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités par la rédaction à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux, susceptible de créer un conflit d'intérêts compte tenu du thème traité dans l'article. S'il existe un conflit, la déclaration d'intérêt figure obligatoirement en fin d'article.

Indexation de la revue dans les bases de données

La revue **adsp** est référencée dans :

- la Banque de données santé publique (BDSP), interrogation libre mais consultation des notices bibliographiques et du texte intégral sur abonnement ;
- la base Pascal, gérée et produite par l'Inist (Institut de l'information scientifique et technique) du CNRS. Cette base est pluridisciplinaire et multilingue, analysant la littérature internationale dans le domaine de la médecine. Elle comprend environ 17 millions de notices.

La revue sur le site Internet du Haut Conseil de la santé publique

Sur le site du HCSP htpp://www.hcsp.fr, vous pouvez retrouver :

- Les sommaires et des extraits de tous les numéros parus depuis 1992. Les numéros anciens et ceux dont le tirage est épuisé sont consultables et téléchargeables intégralement. Une recherche par mot clé est possible.
- Les instructions aux auteurs.
- Les conditions d'abonnement, avec un lien direct sur le site de La Documentation française.

4 crédits formation médicale continue par an

L'abonnement à **adsp**, répondant aux critères de qualité définis par les CNFMC, donne droit à 4 crédits par an, dans la limite de 40 crédits sur cinq ans pour les abonnements. Ces 4 crédits s'inscrivent dans le barème FMC (250 crédits au total sur cinq ans).

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique
décembre 2010 numéro 73

éditorial

2 **Les inégalités sociales de santé**
Chantal Cases

HCSP DIRECT

3 **Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique**

actualité

4 **Erreur médicale et responsabilité collective**
Comment améliorer le système de traitement des erreurs médicales dans les établissements de santé ?
Magali Eymery

repères

58 **formation**
Master en santé publique en présentiel et *via* internet

59 **organisme**
Institut de recherche et documentation en économie de la santé

60 **lectures**

63 **brèves internationales**

63 **lois & réglementation**

Les inégalités sociales de santé

dossier coordonné par **Thierry Lang**

p. 7

8 Les caractéristiques des inégalités sociales de santé

8 **Inégalités sociales de santé : comment les appréhende-t-on ?**
Sandrine Danet

14 **Inégalités sociales de santé et territoires**
Alain Trugeon

17 **Inégalités sociales de santé et précarité**
Pierre Chauvin, Pascale Estecahandy

19 **Économie et inégalités sociales de santé**
Chantal Cases, Lucie Gonzalez, Lucile Olier

21 Des déterminants multiples

21 **Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie**
Thierry Lang

24 **Le système de soins et les inégalités sociales de santé**
Pierre Lombrail

27 **Expositions environnementales et inégalités sociales de santé**
Séverine Deguen, Denis Zmirou-Navier

29 **Travail et inégalités sociales de santé**
Annette Leclerc, Isabelle Niedhammer, Sandrine Plouvier, Maria Melchior

31 **L'évaluation d'impact sur la santé : un moyen de réduire les inégalités sociales de santé**
Nicolas Prisse

34 **Inégalités sociales de santé et avancée en âge**
Alexis Montaut, Nicolas De Riccardis

38 Expériences nationales et internationales

38 **La lutte contre les inégalités sociales de santé à travers les soins primaires : le grand soir ou les petits matins ?**
Yann Bourgueil, Florence Jusot

41 **Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ?**
Hector Falcoff

43 **Inégalités sociales dans la santé : défis et priorités de recherche dans le contexte européen**
Giuseppe Costa, Chiara Marinacci, Teresa Spadea

45 **Le Québec innove pour la réduction des inégalités sociales de santé**
Louise Potvin

47 Tribunes

47 **Savoir, devoir, pouvoir**
Christian Saout

49 **Réduire les inégalités : un des objectifs principaux du Plan cancer 2009-2013**
Jean-Pierre Grünfeld

51 **Recherche et inégalités sociales de santé**
Alfred Spira

53 **Inégalités sociales de santé : le point de vue d'un sociologue**
Christian Baudelot

55 Bibliographie générale

Haut Conseil de la Santé Publique

3 303335 300737

Prix 15,00 euros.
ISSN 1771-7450.
IMPRIM'VERT

Imprimerie de la Direction de l'information légale et administrative

Diffusion
Direction de l'information légale et administrative

La **documentation** Française
Téléphone : 01 40 15 70 00
www.ladocumentationfrancaise.fr