

# **Haut Conseil de la santé publique**

rapport

## **Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité**

décembre 2009

**Haut Conseil de la santé publique**

**Les inégalités sociales de santé :  
sortir de la fatalité**

**Décembre 2009**



# SOMMAIRE

<b>MANDAT</b> .....	<b>5</b>
<b>COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL</b> .....	<b>7</b>
<b>SYNTHESE</b> .....	<b>9</b>
Etat des lieux.....	9
Recommandations.....	13
<b>RAPPORT</b> .....	<b>17</b>
Préambule.....	17
1 – Introduction.....	18
1.1 - Une dimension insuffisamment prise en compte dans la loi de 2004.....	19
1.2 - Inégalités sociales de santé : de quoi parle-t-on ?.....	20
1.3 - Quels déterminants à l'origine des inégalités sociales de santé ?...21	
1.4 - Liens avec d'autres disparités.....	22
2 – Pourquoi les inégalités sociales de santé sont-elles inacceptables ?.....23	
2.1 - Un droit affirmé dans de nombreux textes fondateurs.....	23
2.2 - Des principes à leur mise en œuvre : théorie de la justice et responsabilité individuelle.....	24
2.3 - L'argument économique.....	26
2.4 - La persistance des inégalités sociales de santé témoigne de l'échec partiel des politiques de santé publique.....	29
3 – Ce que l'on sait des inégalités sociales de santé.....	30
3.1 - Des inégalités sociales de santé particulièrement importantes en France et qui s'accroissent.....	30
3.2 - Des déterminants multiples, qui s'accumulent et qui s'enchaînent.....	35
3.3 - Des inégalités contextuelles et territoriales.....	43
4 - Le système d'information statistique français et les inégalités sociales de santé.....	49
4.1 - Disponibilité des données.....	49
4.2 - Les indicateurs.....	53
5 - Interventions et politiques publiques pour réduire les inégalités sociales de santé.....	58
5.1 - Bilan de l'expérience française.....	58
5.2 - Les expériences étrangères.....	61

6.- Propositions.....	71
6.1 - Afficher clairement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé.....	71
6.2 - Se donner les moyens de mesurer les évolutions.....	73
6.3 - Mettre en place des interventions et des politiques publiques.....	79
6.4 - Accroître certains efforts de recherche.....	86
6.5 - Concrétiser la volonté de réduire les inégalités sociales de santé.....	90
7 – Conclusion.....	94
<b>Quelques références de sites Web.....</b>	<b>95</b>
<b>Annexe.....</b>	<b>96</b>

## **MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL**

Les inégalités sociales de santé font référence non seulement aux groupes de démunis et précaires (objectif 34 de la Loi relative à la politique de santé publique) mais aussi au **gradient continu**, qui existe dans l'ensemble de la population, en fonction des positions sociales. Il concerne non seulement les marges et les groupes extrêmement défavorisés, mais plus généralement la population bien insérée socialement (le gradient observé est continu des ouvriers, employés aux cadres en passant par les professions intermédiaires). Cette question ne fait cependant l'objet d'aucun plan de santé publique explicite.

La France ne fait pas partie des pays qui ont signé et participé aux travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé<sup>1,2</sup>.

**Les objectifs** du groupe de travail sont de :

- faire le point sur les données caractérisant les inégalités ;
- réfléchir à l'intérêt et à la nature d'indicateurs de santé concernant les inégalités sociales de santé ;
- faire des propositions d'interventions et d'objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités de santé.

---

<sup>1</sup> Closing the gap in one generation. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008. pp 27 et 195

<sup>2</sup> Thierry Lang, Monique Kaminski, Annette Leclerc. Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health: a French perspective. European Journal of Public Health 2009;19:133-5.



## **COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL**

### **Président**

Thierry Lang, HCSP

### **Membres du groupe de travail**

- Gérard Badeyan, SG HCSP
- Chantal Cases, HCSP
- Pierre Chauvin, HCSP
- Marc Duriez, SG HCSP
- Isabelle Grémy, HSCP
- Virginie Halley des Fontaines, HCSP
- Eric Jouglà, HCSP
- Lucile Olier, Drees

### **Le groupe de travail a auditionné**

- Bernard Basset, Christine César (Inpes)
- Marianne Berthod (Igas)
- Juliette Bloch (InVS)
- Yves Bur (Député)
- François Buton (CNRS)
- Laurent Chambaud (Drass)
- Jean-Claude Desenclos (InVS)
- Giuseppe Costa (Santé publique, Turin)
- Pascale Echard-Bezault (DIACT)
- Marc Fleurbeay (Paris V)
- Jacques Freyssinet (ex président du groupe du Cnis sur la mesure des inégalités)
- Marcel Goldberg (Inserm)
- Didier Houssin (DGS)
- Institut fédératif d'études et de recherches santé société, Iferiss, Toulouse
- Florence Jusot (Paris-Dauphine)
- Pierre Larcher, (DGAS)
- Annette Leclerc (Inserm)
- Jean-Marie Le Guen (Député)
- Pierre Lombrail, (Santé Publique)
- Gwenn Menvielle (Inserm)



- Frédéric Pierru (CNRS)
- Dominique Polton (CnamTS)
- Grégoire Rey (Inserm)
- Sarah Simpson (WHO European Office for Investment for Health and Development)
- Claude Thiaudière (CNRS)

# **SYNTHESE**

## **ETAT DES LIEUX**

### **Des politiques de santé incomplètes**

Dans les dernières décennies, la France s'est dotée d'un système de santé performant, auquel un système d'assurance maladie très complet permet l'accès universel.

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 par ailleurs inscrit dans les textes fondateurs de notre république.

Le premier de ces objectifs a été atteint : l'espérance de vie s'est constamment améliorée.

L'autre ne l'a pas été, puisque les progrès n'ont pas profité de la même manière à tous et que les inégalités sociales de santé ont eu tendance à se creuser.

Il est essentiel de s'interroger sur cet échec partiel des politiques de santé et de proposer des pistes de travail visant à atteindre ce deuxième objectif.

Les inégalités sociales de santé ne sont pas spécifiques à la France, même si elles sont particulièrement marquées dans notre pays. De nombreux pays ont déjà pris la mesure de ce problème et montré que ces inégalités ne constituaient pas une fatalité et qu'il était possible de les réduire.

La démarche du HCSP reflète une double préoccupation :

- élargir la problématique des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble, sans pour autant occulter l'importance des efforts spécifiques en direction des populations en situation de précarité, exclues ou marginalisées ;
- souligner le rôle majeur des déterminants socio-économiques sur la santé, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé.

La crise économique que traverse la France actuellement renforce la nécessité de réfléchir à la persistance des inégalités sociales de santé et de mettre en place des politiques publiques de santé permettant de préserver l'état de santé de l'ensemble de la population.

### **Inégalités sociales de santé : un gradient dans l'ensemble de la société**

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.

Elles sont observées selon divers indicateurs, individuels, tels que la catégorie sociale, le revenu, le niveau d'étude, ou collectifs tels que le niveau de pauvreté des quartiers de résidence. Les déterminants de ce gradient, relevés depuis les années 60, ne sont donc pas à chercher uniquement dans la pauvreté extrême.

Une vision dynamique des liens entre populations « insérées », en précarisation, en précarité et en exclusion, est ainsi nécessaire ; le risque de précarité n'est pas le même dans toutes les catégories sociales. A l'inverse, l'exclusion est réversible. Les inégalités sociales de santé n'opposent donc pas des populations vulnérables, exclues ou précaires à une population dont l'état de santé s'améliorerait de façon homogène, mais traversent l'ensemble de la population. C'est dans cette approche générale des inégalités sociales de santé que se situe ce rapport.

*Les inégalités sociales de santé sont systématiques (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), socialement construites et donc injustes et modifiables. On jugera injustes les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes.*

### **Inégalités sociales de santé : un niveau élevé qui s'accroît**

Les 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. Il s'y ajoute des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Il existe donc une « double injustice », portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci. Les inégalités concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé. Au début des années 90, la part due au cancer dans les inégalités atteignait presque 40% chez les hommes âgés de 30 à 64 ans.

Les personnes en situation précaire cumulent les facteurs de risque et les maladies et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres.

### **Des déterminants multiples, qui s'accumulent et qui s'enchaînent**

La question des déterminants de santé a été longtemps uniquement orientée en France sur les soins individuels, dans le cadre de la relation entre le malade et le médecin. Le débat français a donc essentiellement porté sur l'accès aux soins, garanti par les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie.

De nombreuses études ont mis en évidence d'autres déterminants, extérieurs au système de soins et de santé, définissant une approche intersectorielle de la santé, au-delà des seules conséquences du système de soins. Une grande attention est accordée dans ce rapport aux déterminants socio-économiques, dans la mesure où ils ont été peu pris en compte dans nos politiques sanitaires et qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé.

**Des déterminants socio-économiques nombreux** : les causes impliquées dans la production des inégalités sociales de santé touchent de très nombreux domaines, dont certains paraissent a priori bien loin de celui de la santé comme l'éducation, mais aussi 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.

**Des comportements pas seulement « individuels »** : il est essentiel de distinguer les causes proximales—les comportements des individus—des causes fondamentales—le contexte favorisant ou non, dans lequel ces comportements s'insèrent. Le HCSP souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements de santé et du style de vie.

**Le système de soins** : l'absence de barrières à l'accès aux soins, comme c'est le cas dans des régimes assurantiels universels ne suffit pas à garantir l'égalité des soins. La couverture complémentaire est un élément déterminant de l'accès aux soins. Mais la part laissée à la charge du patient ou à sa complémentaire au cours des 20 dernières années a eu tendance à s'accroître et représente actuellement environ 25 % des dépenses de santé. En 2006, 14 % de la population adulte déclarait avoir renoncé, au moins une fois dans l'année précédant l'enquête, à des soins de santé pour des raisons financières. Il existe aussi des inégalités d'accès aux soins plus spécialisés. Les soins préventifs tendent aussi à être utilisés de façon inégalitaire, même en l'absence de barrière de coût. Outre les obstacles financiers, deux éléments influent également sur l'accès aux soins : l'organisation des systèmes de santé et, au niveau individuel, un ensemble de normes, de représentations et de processus relationnels.

### **Des inégalités contextuelles et territoriales**

Les relations entre inégalités sociales et territoires sont multiples. Une variabilité importante de la répartition des catégories sociales au sein d'un territoire est constatée quelle que soit l'échelle considérée, régionale, départementale et dans une certaine mesure communale. L'implantation différentielle des populations selon leur catégorie sociale résulte de processus complexes qui ont contribué à la partition des territoires. La caractérisation et la typologie des quartiers en fonction de leur organisation et de leur aménagement deviennent ainsi un enjeu primordial pour identifier (surveillance) et comprendre (recherche) les inégalités sociales de santé au niveau des territoires et leurs déterminants. La recherche d'indicateurs pertinents pour permettre cette caractérisation est nécessaire.

### **Les limites du système d'information statistique français**

Les inégalités sociales ne sont pas une priorité dans le domaine de la santé, mais la santé n'apparaît pas non plus prioritaire lorsqu'on aborde les inégalités sociales. Les indicateurs sur les inégalités sociales recommandés par le groupe de travail du Conseil national de l'information statistique ne figurent pas sur le site de l'Insee.

Les données sur la mortalité prématurée et l'espérance de vie sont disponibles, mais pas par Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) (à l'exception de l'indicateur de « déficiences »). Le codage de la PCS sur les certificats de décès n'est utilisable que pour les sujets entre 25 et 60 ans. L'accès aux données de l'Echantillon permanent de l'Insee est bloqué depuis 2006 pour des raisons juridiques internes à l'Insee relatives à l'accès à des données individuelles. Les informations sur les inégalités sociales de santé en matière de morbidité sont assez limitées. Peu de données sur les inégalités sociales de santé sont issues du champ santé-travail. Enfin, dans les statistiques de routine (assurance-maladie, PMSI, Sniram), les données sociales ne figurent pas.

Les discriminations dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse de patronyme, de quartier de résidence, de religion, de couverture sociale ont été peu explorées, indépendamment du niveau social.

### **Des interventions pour réduire les inégalités sociales de santé**

Réduire les inégalités sociales de santé, comme l'ont décidé certains pays, est un choix politique impliquant une action durable et constante dont l'ensemble des rapports des expériences étrangères souligne l'ampleur.

Les interventions politiques à articuler font coexister mesures de court terme, à effet rapide, évaluables sur quelques années et mesures de long terme, de l'ordre d'une ou plusieurs décennies.

#### **Le retard français en matière de réduction des inégalités sociales de santé.**

L'expérience française est marquée par l'absence de politique explicite dans ce domaine, bien que plusieurs dispositifs de nos institutions sociales (assurance maladie, médecine du travail, politiques de l'enfance...) parfois exemplaires, aient probablement eu pour conséquence de limiter certaines inégalités. Les initiatives qui se sont donné cet objectif, se sont focalisées sur les populations exclues et vulnérables, le plus souvent sur l'accès aux soins et souffrent d'un manque d'évaluation de leur efficacité.

#### **Un bilan des initiatives et des expériences étrangères particulièrement intéressant.**

Le **rapport de la Commission** sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, Genève, 2008), à laquelle aucun expert français ne participait, suggère que les actions à prendre pour réduire les inégalités sociales de santé sont d'améliorer les conditions de la vie quotidienne, redistribuer le pouvoir et les revenus, mesurer, évaluer les inégalités, développer la recherche, former les professionnels et informer l'opinion publique.

Le **programme de santé publique de l'Union Européenne** (2008-2013) met l'accent sur les inégalités de santé et les déterminants sociaux de la santé. Il souligne l'importance des déterminants liés au mode de vie ainsi que des déterminants sociaux et environnementaux.

Dans plusieurs **pays européens**, des politiques ont été initiées, au niveau régional et local (Royaume-Uni, Danemark, Suède, Pays-Bas, Italie, Espagne).

La Norvège s'est clairement fixé l'objectif de réduire le gradient social des inégalités sociales de santé. Son plan est articulé autour de quatre priorités : 1) réduire les impacts négatifs de mauvaises conditions de vie durant l'enfance par de bonnes opportunités dans l'éducation et le travail. Les

investissements continus dans les maternelles forment une pierre angulaire de ce travail, 2) réduire les inégalités sociales dans le domaine des comportements en encourageant les modes de vie plus sains grâce à des politiques publiques influençant les coûts et la disponibilité des produits, 3) actions ciblées pour promouvoir l'inclusion sociale, impliquant le travail, les écoles, les services sociaux et sanitaires, 4) développer les dispositifs intersectoriels, avec l'évaluation de l'impact des politiques sur la santé comme outil important.

Les Pays-Bas ont une stratégie nationale pour aborder les inégalités de santé, avec l'objectif de les réduire de 25 % d'ici 2020.

La Finlande a réussi à maintenir et à contenir les inégalités de santé malgré une récession économique extrêmement brutale en 1994, contrastant avec un développement économique de haut niveau à la fin des années 80.

## **RECOMMANDATIONS**

### **Recommandations 1 à 3 - Afficher clairement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé**

- Insérer dans la loi de santé publique un objectif de réduction des inégalités sociales de santé visant explicitement le gradient social des états de santé.  
Objectif général : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.  
Objectifs spécifiques :
  - réduire le gradient social et territorial des états de santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé ;
  - réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins.
  
- Suivre des indicateurs synthétiques appendus à cet objectif :
  - espérance de vie par catégorie socio-économique ;
  - mortalité prématurée (avant 65 ans), par catégorie socio-économique ;
  - espérance de vie avec et sans incapacité, par catégorie socio-économique ;
  - renoncements aux soins pour raison financière, par catégorie socio-économique ;Ces indicateurs seront déclinés par zones géographiques, avec une vigilance particulière pour les Départements et Collectivités d'Outre-mer.
  
- Intégrer les inégalités sociales de santé dans le suivi des objectifs et indicateurs inscrits dans la loi de santé publique.

### **Recommandations 4 à 6 - Se donner les moyens de mesurer les évolutions**

- Produire de façon régulière un bilan des données sur les inégalités sociales de santé en France :
  - en suivant les évolutions non seulement en moyenne mais également en dispersion ;

- en passant de la recherche à la production régulière de données statistiques : production annuelle des indicateurs appendus à l'objectif de la loi de santé publique, publication, de façon régulière, au minimum tous les cinq ans, d'un rapport de synthèse, des données disponibles sur les inégalités sociales de santé ;
  - en enrichissant le contenu des sources de données sur les inégalités sociales de santé.
- Développer la production de données à des échelles géographiques fines tout en veillant à la comparabilité nationale et internationale des mesures et indicateurs :
    - en favorisant la production de données à un niveau géographique fin ;
    - en développant un indicateur de déprivation pour suivre le lien entre développement territorial et santé ;
    - en assurant une coordination des mesures régionales pour assurer la cohérence nationale et les comparaisons dans le temps et dans l'espace.
  - Développer des indicateurs de mesure de l'accès primaire et secondaire aux soins en utilisant les indicateurs d'accès primaire et secondaire aux soins pour les certifications et les accréditations d'établissements.

### **Recommandations 7 à 10 - Mettre en place des interventions et des politiques publiques**

- Développer et évaluer l'impact a priori des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé au niveau national et au niveau territorial.
- Articuler politiques de long, moyen terme et de « rattrapage » ; articuler et coordonner politiques nationales et locales en mettant en place, comme cela a été fait dans certains pays étrangers, notamment en Grande-Bretagne, de véritables plans stratégiques pour atteindre les objectifs.
- Former les professionnels de santé et les usagers aux déterminants sociaux de la santé.
- Développer la responsabilité des institutions du système de soins et des soignants vis-à-vis de la population en incitant le système de santé à être proactif et à sortir d'une logique d'offre et en suivant les évolutions du financement de l'accès aux soins et ses conséquences.

### **Recommandations 11 à 13 - Accroître certains efforts en recherche**

- Favoriser une recherche interdisciplinaire sur les causes et les mécanismes des inégalités sociales de santé et une approche par les déterminants sociaux de la santé plus que par maladies.
- Etudier le rôle des différentes discriminations sur la santé.
- Développer les méthodes d'évaluation des interventions dans le domaine des inégalités sociales de santé qu'il s'agisse des évaluations a priori ou a posteriori.

## **Recommandations 14 à 16 - Concrétiser la volonté de réduire les inégalités sociales de santé**

- Insérer la France dans les travaux internationaux sur les inégalités sociales de santé.
- Mettre en place un lieu d'expertise et de coordination de cet objectif de la loi.
- Introduire la réduction des inégalités sociales de santé au cœur du développement durable des territoires en incluant la santé dans le diagnostic territorial partagé réalisé pour le programme Agenda 21, les Ateliers Santé Ville, les villes santé OMS.ainsi que dans les projets territoriaux de développement durable.





# **RAPPORT**

## **Préambule - Des politiques de santé incomplètes**

Améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chacun en particulier, quel que soit son origine ou son appartenance sociale, est un objectif largement partagé et par ailleurs inscrit dans les textes fondateurs de notre république.

De ces deux objectifs, le premier a été atteint : l'espérance de vie s'est constamment améliorée.

L'autre ne l'a pas été, puisque les progrès n'ont pas profité à tous et que les inégalités sociales de santé se sont creusées.

Il est essentiel de s'interroger sur cet échec partiel des politiques de santé et de proposer des pistes de travail visant à atteindre le deuxième objectif, réduire les inégalités sociales de santé.

Elles ne sont pas spécifiques à la France, même si elles sont particulièrement marquées dans notre pays. De nombreux pays ont déjà pris la mesure de ce problème et montré que les inégalités sociales de santé ne constituaient pas une fatalité et qu'il était possible de les réduire.

## 1- Introduction

L'objectif de ce rapport est de fournir les éléments de réflexion nécessaires à la décision d'engager en France une véritable politique de santé publique visant à réduire les inégalités sociales de santé. Pour cela, il s'agira de clairement définir ce que signifie ce terme, souvent confondu avec la mise en évidence des problèmes de santé des populations précaires (article 34 de la loi de 2004), puis de caractériser la situation française à cet égard. Il existe suffisamment de données descriptives pour faire un bilan et la littérature sur ce sujet ne peut plus être qualifiée d'absente aujourd'hui.

Il nous est apparu nécessaire en préalable de clarifier les raisons pour lesquelles la réduction des inégalités sociales de santé apparaît comme nécessaire, tant au regard des textes qui fondent notre société qu'à celui des théories de la justice.

L'appareil statistique actuel reste incomplet et insuffisant sur nombre d'aspects et notamment dans sa capacité à suivre les évolutions de ces inégalités. C'est un des objectifs du rapport que de suggérer des pistes de travail pour compléter le dispositif existant.

L'objectif principal est de déterminer si une politique de santé publique peut se fixer pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé. Il s'agira pour le groupe de travail de faire le point sur les déterminants des inégalités sociales de santé et sur les possibilités d'intervention.

Notre démarche reflète une double préoccupation :

- élargir la problématique des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble, sans pour autant occulter l'importance des efforts spécifiques en direction des populations en situation de précarité ;
- souligner le rôle majeur des déterminants socio-économiques sur les inégalités sociales de santé, sans minimiser les enjeux liés aux évolutions du système de soins.

Il ne s'agira pas de proposer des interventions spécifiques, mais d'utiliser les expériences internationales à ce sujet, délibérément choisies en Europe, et de proposer des pistes d'action. Ces comparaisons internationales ont pour effet de souligner le retard français dans ce domaine. Plusieurs pays se sont déjà engagés dans cette voie et leurs options diverses peuvent aider à engager une véritable politique dans ce domaine.

La crise économique que traverse actuellement la France renforce la nécessité de réfléchir à la persistance des inégalités sociales de santé et de mettre en place des politiques publiques de santé permettant de préserver l'état de santé de l'ensemble de la population.

Le rapport se terminera sur des recommandations concrètes relatives à la prochaine loi de santé publique, aux systèmes d'information statistique, au développement des connaissances et à des propositions d'interventions et politiques publiques.

## 1.1 - Une dimension insuffisamment prise en compte dans la loi de 2004

L'analyse des inégalités sociales de santé figure dans les missions du Haut conseil de la santé publique (HCSP). Le HCSP a tenté de tenir compte des inégalités sociales de santé dans l'évaluation des objectifs, mais les difficultés ont été nombreuses pour en documenter l'étendue et plus encore les évolutions. L'élaboration de certaines recommandations de ce rapport tient compte de ces difficultés.

Deux objectifs de la loi (33 et 34), abordent la question des inégalités, mais leurs formulations sont ambiguës et ne peuvent servir de base au développement d'une politique de santé publique explicite.

***Objectif 34. Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires: l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.***

La problématique générale des inégalités sociales de santé n'est pas abordée dans cet objectif, dont seule la partie analytique porte sur les inégalités sociales, illustrées par les écarts d'espérance de vie. Mais la partie intervention, qui mentionne les populations « vulnérables », en situation précaire, laisse de côté les inégalités qui parcourent l'ensemble de la société.

***Objectif 33. Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. Objectif préalable : analyser les conséquences d'un effet "seuil" lié aux revenus sur le recours aux soins.***

L'originalité de cet objectif était de cibler des populations à faible revenu, et non pas les plus précaires. Le risque d'un effet de seuil défavorable avait été mis en évidence dès le premier rapport d'évaluation de la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU)<sup>3</sup>. Les conséquences de cet effet de seuil n'ont pas été véritablement analysées en tant que telles, comme le précisait l'objectif préalable, mais les données disponibles dans les rapports de suivi de la loi<sup>4</sup> montrent que les renoncements aux soins pour des raisons financières restaient importants en 2006 (dernière année documentée).

La principale mesure destinée à limiter les effets de seuil liés à la CMU est la mise en place, en 2005, de l'aide à la complémentaire santé<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Boisguérin B. Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins. Études et résultats 2007; 603: 1-8.

<sup>4</sup> Source : Enquête ESPS, Irdes, in « L'état de santé de la population en France-indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique », Drees, 2008.

<sup>5</sup> Egalement appelé « crédit d'impôt », puis « chèque santé », elle visait à diminuer les obstacles financiers aux soins en facilitant l'accès à une couverture complémentaire pour les personnes situées juste au dessus du seuil de la CMU (d'abord jusqu'à 15% au-dessus de ce seuil, puis, à partir de 2007, jusqu'à 20%) : il s'agissait de leur fournir, après acceptation de leur dossier par les CPAM, un bon d'achat d'une valeur croissante avec l'âge dont les montants ont été ajustés au fil du temps, et permettant de financer partiellement leur souscription. Les montants sont de 100 € pour les moins de 25 ans, 200€ pour les 25-49 ans, 350€ pour les 50-59 ans et 500€ pour les plus de 60 ans depuis le 1er août 2009. A la mise en place de l'aide, au 1er janvier 2005, les montants étaient de 75 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 150 € par personne âgée de 25 à 59 ans, et 250 € pour celles âgées de 60 ans et plus. Cette mesure, qui visait près de 2 millions de personnes ou à tout le moins

Même si elle est régulièrement montée en charge au fil du temps, elle n'a pas suffi à réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins durant les années récentes, dans un contexte où la participation financière des assurés s'est en moyenne alourdie. Par ailleurs, il existe des obstacles non financiers à l'accès aux soins, de nature très diverse, allant de l'accessibilité à l'offre de soins à des facteurs plus socioculturels. Les politiques de lutte contre les inégalités de santé ne peuvent donc être limitées à des actions réduisant les barrières financières.

## 1.2 - Inégalités sociales de santé : de quoi parle-t-on?

Les inégalités sociales de santé traversent l'ensemble de la population française en un continuum qui pour un très grand nombre de maladies, suit la hiérarchie sociale même au sein de la population socialement intégrée. Ce **gradient** n'oppose pas uniquement les plus pauvres aux autres, mais met en cause des processus et des déterminants de l'état de santé à l'œuvre dans l'ensemble du corps social.

Les inégalités sociales de santé se traduisent notamment par une différence d'espérance de vie de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs<sup>6</sup>, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. Les déterminants de ce gradient, relevé depuis les années 60, ne sont donc pas à chercher uniquement dans la pauvreté extrême.

Les problèmes observés dans la population la plus précaire représentent une situation extrême, particulièrement manifeste dans les populations les plus pauvres, dont le mauvais état de santé, les difficultés d'accès aux soins sont, d'une certaine façon, quasiment « visibles ». À l'inverse, les inégalités sociales de santé dans l'ensemble de la population pourraient passer inaperçues si elles n'étaient révélées par des chiffres, les indicateurs de santé, ce qui souligne toute l'importance d'un appareil statistique permettant de les mettre en évidence.

La santé des plus pauvres représente ainsi la partie émergée d'un iceberg. Réduire les inégalités sociales de santé ne peut donc se traduire uniquement par une politique, évidemment indispensable, de lutte contre l'exclusion et la précarité. Une vision dynamique des liens entre populations « insérées », en précarisation, en précarité et en exclusion, est ainsi nécessaire. Le risque de précarité n'est pas le même dans toutes les catégories sociales. A l'inverse, l'exclusion est réversible. C'est dans cette approche générale des inégalités sociales de santé que se situe ce rapport.

---

environ 1,6 millions de personnes ne disposant pas d'une assurance collective obligatoire dans les tranches de revenus visées, est encore loin d'avoir atteint sa cible, même si le nombre de bénéficiaires a récemment nettement progressé : 488 726 en mai 2009, selon le fonds CMU. En 2008, selon le fonds CMU, les bons d'achat représentaient en moyenne 50% de la prime à payer par les bénéficiaires pour leur complémentaire santé ; après aide, le taux d'effort pour acquérir une complémentaire était estimé à 4% du revenu par ménage. Ces chiffres ne semblent pas s'améliorer au fil du temps malgré les revalorisations de l'aide, même si la comparaison peut être délicate en raison de l'évolution du dispositif de suivi. De manière assez constante au fil du temps, ce sont les familles qui ont le plus bénéficié de l'aide, les personnes de plus de 60 ans ayant des primes résiduelles plus lourdes.

<sup>6</sup> Source : Insee, Echantillon démographique permanent. Période 1991-1999. Hommes.

### 1.3 - Quels déterminants à l'origine des inégalités sociales de santé?

En France, la question des déterminants de santé a été longtemps uniquement orientée sur les soins individuels et la relation entre un malade et un médecin. Le débat français a essentiellement porté sur l'accès aux soins et sa garantie par les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie.

Des études internationales ont mis en évidence d'autres déterminants, extérieurs au système de soins et de santé tels que le travail, l'habitat, l'éducation, les revenus, les conditions de vie, définissant une approche intersectorielle de la santé, au-delà du seul rôle du système de soins.

Une grande attention sera accordée dans ce rapport aux déterminants socio-économiques, dans la mesure où ils sont peu pris en compte dans nos politiques sanitaires alors qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé. Ceci ne signifie pas que le rôle du système de soins doit être sous-estimé. Les différences d'accès aux soins restent aiguës, notamment du fait du transfert des coûts vers les ménages. A ce jour, le système de soins n'a cependant pas fixé dans ses objectifs le réajustement des inégalités sociales de santé. Il est même à craindre que son fonctionnement actuel ne contribue pas à les réduire, mais conduise même à les aggraver.

La troisième grande catégorie de déterminants inclut les comportements de santé. Soulignons d'emblée que ces comportements ne sont en aucun cas purement « individuels », mais dépendent du groupe social d'appartenance et du contexte socio-économique et sociétal.

#### **Déterminants de santé et mortalité évitable : une nuance sémantique importante**

La **mortalité évitable** est une mesure souvent utilisée du fait de sa disponibilité. Ce terme est à manier avec précaution. Il fait référence à la mortalité évitable par le système de soins et par la prévention médicalisée. Il conviendrait d'être prudent sur son utilisation dans la mesure où il ne prend pas totalement en compte l'ensemble des déterminants socio-économiques. Catégoriser la mortalité en mortalité évitable quand il est fait référence au système de soins et par défaut non évitable lorsqu'il est fait référence aux déterminants sociaux pourrait s'avérer lourd de conséquences.

Trois types de mortalité évitable doivent donc être distingués, selon les déterminants en cause et les objectifs d'intervention :

- la mortalité évitable liée au système de soins ;
- la mortalité évitable liée aux comportements ;
- la mortalité évitable liée aux conditions de vie, incluant le travail, l'habitat, l'accès à l'éducation, les transports, l'environnement, déterminants considérés généralement indépendamment de leurs liens avec la santé.

#### 1.4 - Liens avec d'autres disparités

Il importe également de préciser les interrelations avec d'autres types d'inégalités ne constituant pas l'objectif principal de ce rapport. Il s'agit des disparités territoriales et des disparités liées au genre et à l'âge.

L'environnement géographique constitue un des déterminants de la santé. Les disparités sociales d'occupation du territoire étant clairement identifiées en France, il est naturel que les deux types de réflexion se rejoignent. Le lien entre la question des **disparités territoriales** de santé définies comme des limites territoriales politiques ou administratives sera donc abordé, qu'il s'agisse du dispositif statistique ou des interventions, d'autant que la politique de régionalisation risque de modifier les données relatives aux inégalités sociales de santé.

Les **disparités liées au genre**, posent la question de l'outil de mesure utilisé (mortalité, santé perçue...) avant de parler d'inégalités. En effet, les femmes bénéficient d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes, mais d'un état de santé perçu ou déclaré de moindre qualité. Parler d'inégalités supposerait de pondérer ces différentes composantes de la santé. Peu de travaux ont été menés à cet égard. La question de l'inégalité d'accès aux soins selon le genre est davantage abordée : des travaux nord-américains ont fait état d'inégalités d'accès secondaire aux soins, notamment dans le domaine cardiovasculaire.

Pour la catégorie des **personnes âgées** (l'âge considéré comme facteur d'inégalité), l'état de santé est naturellement lié à l'âge, mais il s'agit d'analyser si l'âge est un facteur limitant l'accès aux soins de santé, qu'il s'agisse d'accès primaire ou secondaire.

Ces questions ne sont pas traitées dans ce rapport, dans la mesure où elles justifieraient par elles-mêmes un travail spécifique.

## 2 - Pourquoi les inégalités sociales de santé sont elles inacceptables?

Les comparaisons internationales renvoient une image dérangeante de notre pays. En contraste avec des textes fondateurs qui reconnaissent le droit à la santé pour tous, la mise en œuvre de ce principe semble en retrait en France. La question de la responsabilité individuelle, si importante dans les théories de la justice, est parfois mise en avant pour expliquer les disparités de santé et sera donc discutée. Des considérations économiques, basées sur la notion de capital humain peuvent inciter à agir, mais c'est *in fine*, une question d'efficacité du système de santé qui est en cause.

### 2.1 - Un droit affirmé dans de nombreux textes fondateurs

Il y a un impératif d'équité à considérer les inégalités sociales de santé. C'est une des fonctions de l'État de veiller à la santé de la population. L'accès aux soins et à la santé fait partie des droits de la personne humaine et ce droit est affirmé dans de nombreux textes fondateurs de notre pays.

La loi de santé publique de 2004 stipule que « la *politique de santé publique concerne : [...] la réduction des inégalités de santé*, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire »<sup>7</sup>.

Le principe « de protection de la santé » trouve sa source dans le 11<sup>ème</sup> alinéa du préambule de la Constitution de 1946 : « *La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

Ces principes ont été réaffirmés dans plusieurs textes :

- Constitution française de 1958 ;
- Avis du Conseil national d'éthique<sup>8</sup> ;
- Commission nationale consultative des droits de l'homme<sup>9</sup> ;
- Charte de l'environnement de 2004<sup>10</sup>.

Au regard de ces textes, la santé et ses inégalités pourraient apparaître dans le futur comme un enjeu de cohésion sociale :

---

<sup>7</sup> Divers contentieux traités depuis 2004 ont été l'occasion pour le Conseil constitutionnel ainsi que pour le Conseil d'état de préciser la portée du principe constitutionnel de protection de la santé : un droit à la fois à une liberté financière d'accès aux soins et à une couverture suffisante des dépenses de soins (incluant la charge des primes de complémentaire santé) pour tous.

<sup>8</sup> No 37, Mai 1998.

<sup>9</sup> Avis sur la préservation de la santé, l'accès aux soins et les droits de l'homme (Adopté par l'Assemblée Plénière le 19 janvier 2006).

<sup>10</sup> « Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ».



## 2.2 - Des principes à leur mise en œuvre : théories de la justice et responsabilité individuelle

Qu'entend-on par inégalités de santé et quelles inégalités sont injustes?

Selon le récent rapport de la Commission sur les déterminants sociaux (OMS, 2008) « *les différences systématiques d'état de santé qui pourraient être évitées par des mesures judicieuses sont tout bonnement injustes. C'est ce que nous entendons par inégalités en santé. Comblent ces inégalités – les énormes différences sanitaires que l'on peut niveler entre pays et dans les pays – est une question de justice sociale. Pour la Commission des déterminants sociaux de la santé, réduire les inégalités en santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle.* »<sup>11</sup>

Dans la mesure où notre objectif est de faire des préconisations pour améliorer la mise en œuvre de la loi, cette définition pragmatique en termes d'écart de santé évitables par des mesures politiques est tout à fait applicable. On lui préférera cependant une définition plus générale.

Les inégalités sociales de santé sont systématiques, socialement construites et donc modifiables et injustes<sup>12</sup>. Le terme systématique indique que les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population<sup>13</sup>.

On jugera injustes les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes.

Les éléments énoncés dans ces différentes définitions appellent quelques commentaires.

Tout d'abord, les circonstances mentionnées ci-dessus sont le plus souvent socialement construites, mais ce n'est pas toujours le cas. Ainsi certaines inégalités naturelles, comme les handicaps ou les maladies génétiques, sont considérées comme injustes et appellent compensation. Il ne suffit d'ailleurs pas qu'elles soient évitables pour cela ; à travers les aides apportées aux malades, la société peut augmenter le bien-être même de ceux qui souffrent de maladies génétiques incurables.

Toutes les inégalités, même systématiques, ne sont pas nécessairement problématiques : ainsi les écarts de force musculaire, par exemple entre hommes et femmes, essentiels dans la vie des sociétés primitives, ne sont pas très problématiques dans les sociétés développées.

L'inégalité de santé entre catégories d'âges n'est pas injuste si elle reflète un cycle de vie partagé *in fine* par tous.

En revanche, la plus mauvaise santé de groupes sociaux défavorisés pose un problème spécifique, car elle s'analyse comme un cumul de désavantages qui s'aggravent mutuellement, chacun constituant une circonstance défavorable pour l'autre.

---

<sup>11</sup> Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. OMS 2009, 246 p.

<sup>12</sup> Whitehead M, G Dahlgren. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up. Parts 1 and 2. OMS, 2006.

<sup>13</sup> In Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Williams JS. Equity-focused Health Impact Assessment Framework. The Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA), 2004.

La santé est en effet une des dimensions de la vie, avec la richesse, les loisirs... . L'environnement et les choix qui déterminent la santé interfèrent aussi avec les autres éléments de la vie et les préférences relatives que leur accordent les individus. Certains auteurs préconisent de se préoccuper en priorité de l'équité en santé, car elle constitue une pré condition indispensable à l'autonomie et au bien vivre<sup>14</sup>.

L'« impératif éthique » dont fait état la Commission sur les déterminants sociaux (OMS, 2008) se réfère à une position normative basée sur une théorie de la justice sociale. Le contenu de ce que l'on entend par justice sociale ne va pourtant pas de soi.

**Le débat théorique sur la justice sociale** se réfère aujourd'hui à deux courants de pensée distincts : l'utilitarisme et l'égalitarisme libéral.

Dans la lignée de Jeremy Bentham et de John Stuart Mill, l'**utilitarisme** privilégie le bien-être social. Le choix entre les actions doit reposer sur leurs conséquences en matière de bien être agrégé. L'intérêt collectif l'emporte sur l'intérêt particulier. Pour Bentham, ce bien-être est interprété en termes de plaisir et de douleur. Pour Mill, il est élargi à la notion d'utilité, définie comme la satisfaction des préférences des personnes. Outre que cette théorie pose la question de la mesure du bien-être collectif, et donc du passage des préférences individuelles aux préférences collectives, le rôle essentiel accordé à la somme des utilités est susceptible de générer une indifférence aux inégalités dans leur distribution. On reproche aussi à cette théorie de potentiellement bafouer les droits fondamentaux, dont la protection dépend seulement de leurs conséquences sur le bien-être collectif. Dans le cadre de ces théories, pour justifier la réduction des inégalités de santé prônées dans la loi, il faudrait montrer qu'elles réduisent le bien-être collectif.

La seconde théorie est l'**égalitarisme libéral** de Rawls et Dworkin. Elle met en avant la réalisation des projets de vie des personnes. Elle préconise de respecter à la fois la liberté des individus et l'égalité des chances en garantissant une possibilité d'accès égal à toutes fonctions aux personnes de mêmes talents. L'accès effectif est alors une question de préférences individuelles. Il prescrit de réaliser cette égalité en donnant la priorité aux moins avantagés dans les choix sociaux.

La question de la **responsabilité individuelle** devient alors essentielle.

Mais définir la responsabilité individuelle n'est pas aussi aisé qu'il y paraît à première vue et les théoriciens ne s'accordent pas non plus en la matière. Pour Rawls et Dworkin, la responsabilité individuelle peut justifier des désavantages en santé, lorsque l'individu subit les conséquences de ses choix, même s'il les regrette. Par exemple, l'égalité des chances serait tout à fait compatible avec un système qui ne prendrait pas en charge le cancer des poumons d'un fumeur non assuré, si fumer et ne pas s'assurer dans le passé étaient l'expression de son libre choix. Pour Sen, au contraire, il y a responsabilité quand la personne assume aujourd'hui ses choix passés, sans les regretter.

---

<sup>14</sup> Daniels N. « Just health: meeting health needs fairly ». Cambridge University Press, 2006.

On peut être amené alors à ne pas considérer comme injustes certaines inégalités sociales résultant de comportements de santé plus nocifs dans certaines catégories sociales, s'ils sont aujourd'hui assumés par les personnes concernées.

En pratique, il est pourtant souvent illusoire de penser que les comportements à risque sont l'unique expression de la responsabilité individuelle<sup>15</sup>. Problèmes d'information imparfaite, de difficulté à se projeter dans l'avenir ou conditionnements sociaux entravent en partie le libre arbitre des personnes, à tel point qu'il n'est pas éthiquement fondé de faire reposer sur le seul individu la totale responsabilité de ses comportements. C'est sur cette même base éthique qu'il est fondé d'interdire certains comportements à risques. La mise en cause de la responsabilité individuelle trouve ses limites dans les inégalités sociales de santé qui affectent les enfants (par exemple l'obésité) et préparent les inégalités sociales de santé dans trente ou quarante ans.

### 2.3 - L'argument économique

D'un point de vue économique, la santé est à considérer comme un capital humain et son amélioration est un élément de nature à favoriser la croissance économique<sup>16</sup>. Le fait que la santé ait été incluse dans les critères d'efficacité économique par l'Union Européenne à Lisbonne, participe de cette logique.

La relation entre état de santé et croissance économique est abondamment documentée et débattue dans la littérature économique<sup>17</sup>. 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 une 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 des périodes plus courtes et pour les seuls pays industrialisés, les travaux macroéconomiques récents ne font en revanche pas consensus.

---

<sup>15</sup> La question de la responsabilité individuelle est centrale, mais les décisions individuelles se prennent toujours en situation d'interaction. Elles sont discutées avec la famille, le(a) conjoint(e), les connaissances, les voisins... Elles sont conditionnées par l'éventail des possibles dans une situation donnée (ressources économiques, sociales, psychologiques, géographiques ; offres de soins, de produits, d'équipement ; mise en balance avec d'autres risques : sédentarité et sécurité pour les enfants, par exemple).

<sup>16</sup> Sous la direction de Bras PL, de Pouvourville G, Tabuteau D. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Sciences Po. Edition de Santé. Paris 2009: 187-192.

<sup>17</sup> Yusuf Kocoglu, Rodrigo De Albuquerque David. « Contributions du secteur de la santé à la croissance économique : une synthèse des travaux empiriques ». Rapport intermédiaire dans le cadre d'une convention de recherche Drees-Centre d'études de l'emploi.

À la différence des Pays en voie de développement (PVD), la morbidité dans les pays développés est surtout liée 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. L'espérance de vie est un indicateur moins approprié pour les comparaisons entre pays développés : les écarts entre pays sont faibles et de ce fait les corrélations entre état de santé mesuré avec cet indicateur et croissance sont difficiles à établir. D'autres indicateurs, plus adaptés au schéma de morbidité-mortalité des pays industrialisés doivent être utilisés. On peut citer ainsi des travaux comme ceux de Suhrcke et Urban<sup>18</sup> (2006) qui montrent, pour un ensemble de pays développés, que 10% de baisse du taux de mortalité par maladies cardiovasculaires entraînerait un point de plus de croissance du Produit intérieur brut (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)<sup>19</sup> 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 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 habitant en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) sont 21 % à être équipés de lunettes en cas de problèmes visuels, contre 26% pour les autres enfants, 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<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Suhrcke M, Urban D. "The role of cardiovascular disease in economic growth", Venice: WHO European Office for Investment for Health and Development: *mimeo* 2006.

<sup>19</sup> Grossman M. "The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation". Columbia University Press for the NBER, 1972.

<sup>20</sup> Guignon N, Herbet J-B, Fonteneau L, Guthman J-P. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats. *Études et résultats* 2008; 632: 1-8.

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, Khlal, Rocherau et Sermet (2007)<sup>21</sup> 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 par rapport à 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 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 M. Marmot<sup>22</sup> 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. Ceci 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 augmentent la croissance potentielle de long terme par 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, entraîne des recettes supplémentaires pour le système de protection sociale dont les cotisations reposent en grande partie sur le travail.

Ces arguments restent toutefois débattus. Ils peuvent être mobilisés pour lever des objections économiques, mais ne sauraient être en eux-mêmes la raison d'une mobilisation contre les inégalités sociales de santé.

---

<sup>21</sup> Jusot F, Khlal M, Rocherau T, Sermet C. Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir inactif ou chômeur. Questions d'économie de la santé 2007; 125: 1-4.

<sup>22</sup> Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. OMS 2009 ; p 39.

## **2.4 - La persistance des inégalités sociales de santé témoigne de l'échec partiel des politiques de santé publique.**

La persistance des inégalités sociales de santé met en cause l'efficacité des politiques de santé à traduire les choix d'équité inscrits dans les valeurs de notre pays. Les résultats sanitaires obtenus ne sont pas ceux attendus. Ces résultats sont meilleurs dans des pays comparables au nôtre, ce qui prouve que des progrès sont possibles.

C'est donc une question d'efficacité qui nous est posée par la persistance des inégalités sociales de santé.

On ne saurait attendre d'une amélioration moyenne de l'état de santé qu'elle témoigne d'un succès des politiques de santé publique. Cet argument statistique est contredit par l'exemple de la région Ile de France, qui est celle pour laquelle la mortalité est parmi les plus faibles de France, mais également celle où il existe le plus d'inégalités sociales de santé<sup>23</sup>.

Les inégalités d'accès aux soins et leurs résultats sont à considérer comme un problème de qualité, dans un système de soins auquel l'accès est garanti par une couverture maladie quasi-universelle et dont l'objectif éthique est de procurer des soins d'égale qualité à tous, quelle que soit leur origine.

---

<sup>23</sup> Rey G. Données en cours de publication sur la base de l'analyse des Iris.

### **3 – Ce que l'on sait des inégalités sociales de santé**

L'état de santé s'améliore progressivement au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, de manière continue, depuis le bas de l'échelle sociale jusqu'au sommet. Ces inégalités sont peu visibles, et ne se révèlent que dans les statistiques de santé, à la différence de phénomènes plus visibles, susceptibles de provoquer l'indignation, comme la précarité dont la forme extrême est représentée par les personnes sans domicile fixe. Elles posent fondamentalement la question des déterminants de la santé, puisqu'elles montrent des différences importantes entre des groupes dont le mode de vie n'est pas visiblement différent (par exemple entre professions intermédiaires et cadres). Enfin, malgré un système de soins qui reste envié, ces inégalités sont particulièrement marquées en France.

#### **3.1 - Des inégalités sociales de santé particulièrement importantes en France et qui s'accroissent**

Nous examinerons successivement les inégalités sociales de santé<sup>24</sup>, puis les questions liées à la précarité et à l'exclusion. Cette question a été largement prise en compte dans les politiques publiques, mais elle demeure un point majeur d'une politique de santé publique, dont il faut souligner le lien étroit avec le problème général des inégalités de santé.

##### *3.1.1 – Le gradient social des états de santé*

Les inégalités sociales de mortalité en France sont connues depuis une cinquantaine d'années, plus précisément depuis la mise en place par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), à la suite du recensement de 1954, d'une enquête longitudinale dont le but était l'étude de la mortalité différentielle. Plus récemment, ce dispositif a été complété par des estimations sur l'espérance de vie sans incapacité, à partir des données de l'Insee et de l'Enquête décennale santé.

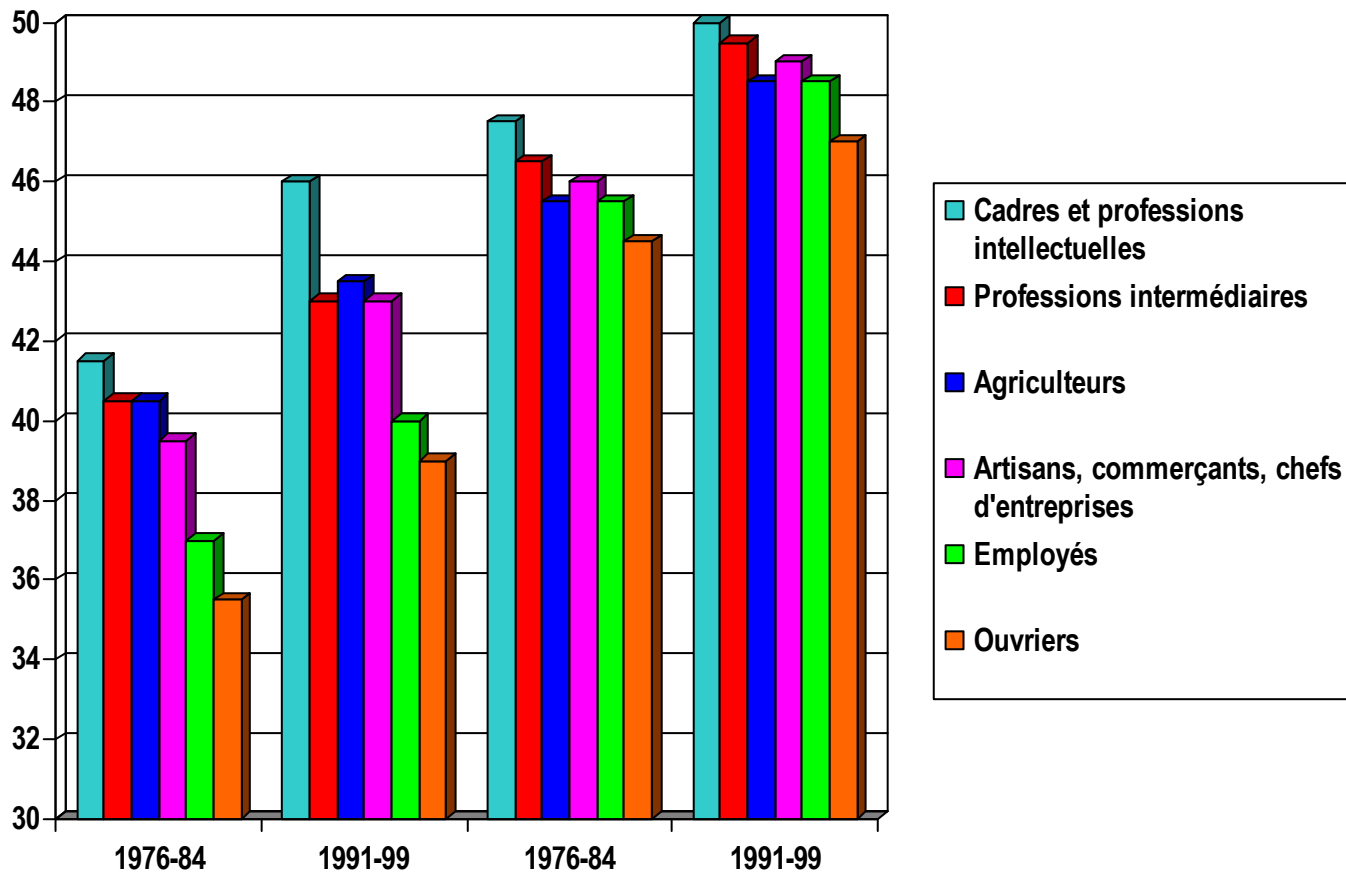
Ainsi, comme le montre les figures ci-dessous, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 7 ans de plus que les ouvriers<sup>25</sup>. Un homme sans diplôme a une mortalité multipliée par 2,5 par rapport à un homme ayant un niveau d'études supérieures.

---

<sup>24</sup> L'ensemble de ce bilan s'inspire largement du livre de Leclerc A, Kaminski M, Lang T. Inégaux face à la santé. Du constat à l'action. Paris, La Découverte/Inserm Editions 2008; 300 p.

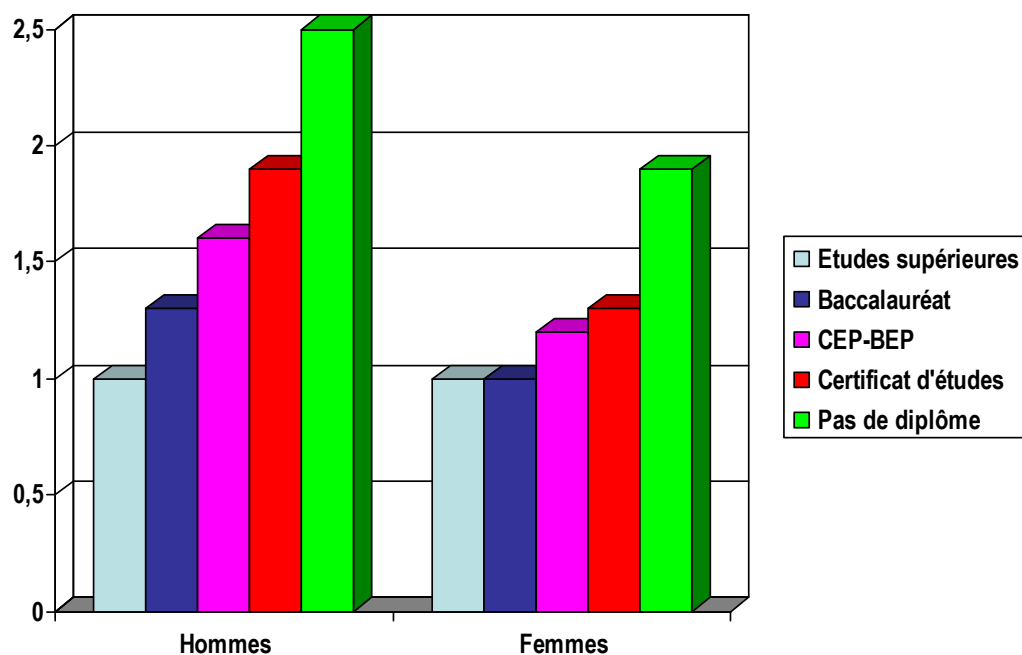
<sup>25</sup> Hommes, période 1999-2003. Source Insee, Echantillon démographique permanent. In Cambois *et al.* 2008.

Figure 1 - Espérance de vie à 35 ans, des hommes et des femmes en France par catégorie socioprofessionnelle, périodes 1976-84 et 1991-99.





**Figure 2 - Mortalité relative pour la période de 1990-96 en France, pour les hommes et les femmes âgés entre 35 et 64 ans en 1990, selon le plus haut diplôme déclaré.**



À ces inégalités de mortalité s'ajoutent également des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités.

Sur les 47 années d'espérance de vie, un cadre supérieur de 35 ans peut espérer en vivre 34 (73%) sans aucune incapacité (difficultés visuelles, auditives, de la marche ou des gestes de la vie quotidienne). Un ouvrier, lui, vivra en moyenne 24 ans sans incapacité, soit 60% du temps qui lui reste à vivre. Pour les femmes, les écarts d'espérance de vie sont plus réduits, deux ans entre les cadres supérieures dont l'espérance de vie à 35 ans approche 51 ans, et les ouvrières. Mais à 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre, en moyenne, les dernières 22 années de sa vie avec une incapacité contre 16 années pour une femme cadre supérieure. Les différences persistent aux âges élevés et à 60 ans, les problèmes fonctionnels courants occupent 45 % de l'espérance de vie des cadres et 62 % de celle des ouvriers ; alors que pour les problèmes les plus sévères, les chiffres sont respectivement de 9 et 16 %.

Il existe donc une "double peine", portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Cambois E, Laborde C, Robine JM. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et Sociétés* 2008; 441: 1-4.

### **Quelles évolutions?**

Globalement, depuis 1968, la mortalité a diminué mais certaines catégories en ont plus profité que d'autres. Pour les hommes âgés de 55 à 64 ans, les écarts de mortalité ont augmenté. Le risque de décès en sept ans est resté stable entre 1968 et 1996 pour les hommes sans diplôme. Pour ceux ayant des diplômes supérieurs, il a baissé de façon constante. Les comparaisons étendues à l'ensemble des classes d'âge et des catégories de diplôme montrent que, globalement, les inégalités liées au niveau d'études ont augmenté depuis 1968 et ce, pour les hommes comme pour les femmes. Si l'on considère les personnes qui travaillaient à la date d'un recensement, on constate que les inégalités sociales de mortalité entre catégories socioprofessionnelles sont restées sensiblement de même ampleur, ceci pour les deux sexes. Par contre si on considère la situation sociale au recensement pour l'ensemble de la population (en activité ou non au recensement), les inégalités ont nettement augmenté. Les inégalités de mortalité ont donc augmenté durant la période, du fait d'une augmentation des écarts entre les actifs qui ont un emploi rémunéré et ceux qui ne travaillent pas. Ces derniers ont une mortalité plus élevée, et sont aussi plus nombreux dans la période 1990-1996 que dans les périodes précédentes, car le chômage a augmenté et accéder à un emploi ou le conserver est devenu plus difficile.

### **Un phénomène qui concerne la quasi-totalité des pathologies**

Les inégalités sociales concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé, déficiences, handicaps ou encore la santé perçue. L'examen de la mortalité selon le niveau d'études montre que c'est le cancer qui contribue le plus fortement à la surmortalité des hommes sans diplôme, comparativement aux titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme supérieur. Pour la période 1990-1996, et pour les hommes âgés de 30 à 64 ans, la part due au cancer dans les inégalités atteint presque 40%. Les inégalités les plus fortes sont observées pour les cancers du poumon et ceux touchant les voies aéro-digestives supérieures (larynx, pharynx, et autres). Pour les femmes, la contribution du cancer aux inégalités sociales de mortalité est moindre. Si, globalement, les inégalités sociales de mortalité sont plus faibles pour les femmes, elles sont cependant, pour les maladies cardiovasculaires, de plus grande amplitude que dans la population masculine.

### **La France dans le paysage international**

Les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes. Ceci a été documenté de façon précise pour une période s'étendant de 1980 à 1989, pour onze pays européens. Pour les hommes de 45 à 59 ans, le taux de mortalité des travailleurs manuels rapporté à celui des travailleurs non manuels, était de 1,7 en France, 1,5 en Finlande, 1,4 en Angleterre et Pays de Galles, 1,4 en Suède, et inférieur à 1,4 dans les autres pays (Irlande, Norvège, Danemark, Suisse, Italie, Espagne, Portugal). Un examen plus précis des données montre qu'en France, la mortalité des hommes exerçant des métiers non manuels est comparable à celle de leurs homologues ailleurs en Europe. Si la France est dans une situation particulière, c'est que la mortalité des hommes de 45 à 59 ans exerçant des métiers manuels est particulièrement élevée.

Une décennie après ces premiers travaux, la position de la France en Europe n'a pas changé parmi les pays étudiés antérieurement.

Au sein de l'Europe, sa position ne s'est améliorée que par l'inclusion de Pays d'Europe Centrale dans lesquels les inégalités sont encore plus marquées<sup>27</sup>.

Cette situation particulière de la France en Europe tient principalement à l'ampleur des inégalités observées pour certaines causes de décès : cancers autres que cancers du poumon, dont les cancers des voies aéro-digestives supérieures, et cirrhose du foie.

Pour les femmes, une comparaison basée sur le plus haut niveau d'études atteint, indicateur qui permet de classer aussi les femmes qui ne participent pas au marché du travail, montre que les inégalités de mortalité sont supérieures pour les femmes françaises comparativement à celles observées en Finlande, en Norvège, au Danemark et en Italie.

### *3.1.2 - La santé des personnes en situation précaire*

Concernant un nombre croissant de personnes, la précarité soulève des enjeux essentiels en France, comme dans tous les pays industrialisés. Si la réémergence de cette problématique dans le champ de la décision politique et de l'action publique remonte maintenant à plusieurs décennies, la construction d'un nouveau paradigme par les chercheurs en sciences sociales est plus récente. Ces derniers envisagent ces situations de précarisation comme des trajectoires de vie, des processus biographiques, éventuellement transitoires et réversibles, faits d'accumulation de facteurs d'exclusion et de ruptures, et susceptibles de plonger une personne dans une situation de pauvreté effective. Si on considère les situations en amont de la marginalité et de l'exclusion effectives, cette définition de « la précarité » remplace la référence à une catégorie par la représentation d'une « extrémité basse »<sup>28</sup> d'un continuum social et l'inscrit donc naturellement dans la question des inégalités sociales de santé.

De nombreuses recherches montrent clairement que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles et les dépendances aux différents toxiques (alcool, drogues, psychotropes) et de faible recours aux soins.<sup>29</sup> Les personnes précaires cumulent aussi les facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres<sup>30</sup>. Ce constat se retrouve de façon plus marquée pour les populations les plus pauvres et les plus « exclues », par exemple les personnes sans chez soi<sup>31</sup> ou encore les immigrés en situation irrégulière<sup>32</sup>.

---

<sup>27</sup> Mackenbach JP *et al.* Socioeconomic inequalities in Health among 22 European Countries. *New England Journal of Medicine* 2008; 358: 2468-81.

<sup>28</sup> De façon approximative (puisque'il est difficile de quantifier un tel phénomène dynamique et multifactoriel), on estime qu'environ 20% de la population française se trouve en situation de précarité. On conçoit dès lors qu'on ne parle plus, ni quantitativement, ni qualitativement, d'une population marginale.

<sup>29</sup> Chauvin P, Lebas J, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1998, 300 p.

<sup>30</sup> Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. *Précarisation, risques et santé*. Paris, Editions Inserm, 2001; 474 p.

<sup>31</sup> Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. *La santé des personnes sans chez soi*. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports. Paris, novembre 2009, 220 p.

<sup>32</sup> 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, 154 p.

### 3.2 - Des déterminants multiples, qui s'accumulent et qui s'enchaînent

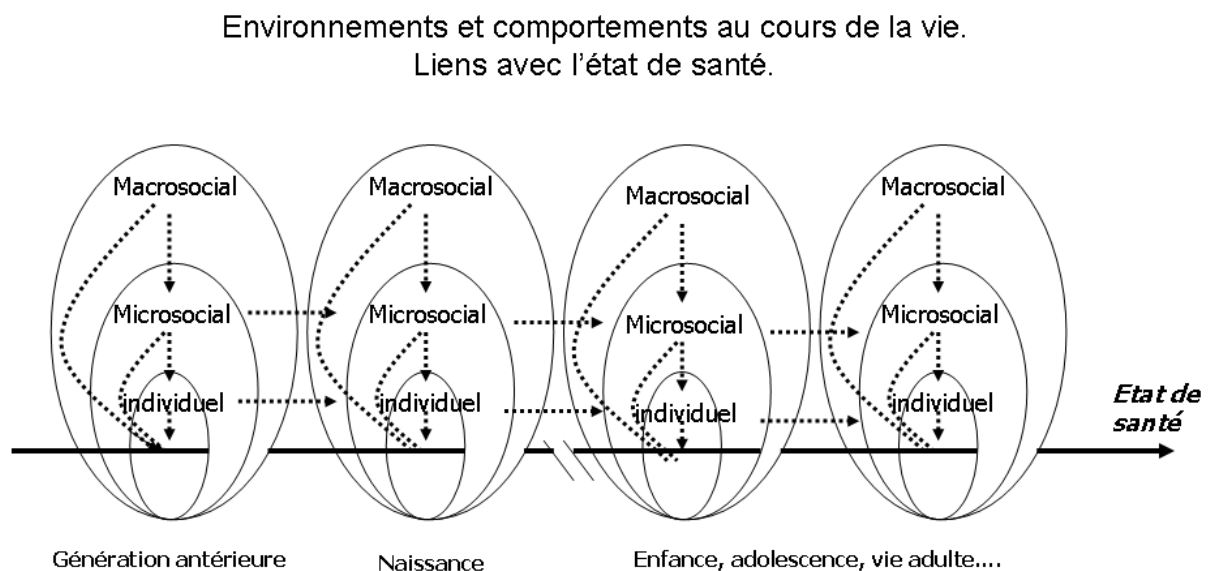
On peut distinguer trois grandes familles de déterminants de l'état de santé d'une population : les facteurs socio-économiques, les comportements et le système de santé.

Malgré les enjeux qui s'y rapportent, il faut rappeler que le système de soins n'est pas à l'origine des inégalités sociales de santé et que les causes sont à chercher également en dehors de lui.

Mais l'importance des déterminants larges, intersectoriels de la santé, placée au cœur de notre réflexion, ne doit pas masquer les enjeux extrêmement préoccupants liés au système de soins et à son évolution actuelle.

Une réflexion sur la construction des inégalités sociales et la façon dont les facteurs s'enchaînent et s'articulent au cours de la vie est nécessaire à la mise en place d'interventions<sup>33</sup>. Cette réflexion sur l'importance de la notion de causalité rejoint une conception large de la causalité en épidémiologie qu'illustre Helman : « *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* ».

Les facteurs de risque s'organisent en chaînes de causalité, dans lesquelles un maillon pragmatiquement accessible peut être choisi pour une intervention.



Cette approche permet de clarifier plusieurs niveaux de causes, proximales et fondamentales et de souligner l'accumulation "vie entière" des désavantages qui ont affecté une personne, lorsqu'on la considère à un moment de sa vie.

<sup>33</sup> 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. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2009; 57 (6): 429-35.

Les inégalités sociales de santé se construisent dès l'enfance et même avant, puisqu'elles remontent à la génération antérieure, aux conditions de vie des parents. Les inégalités sociales de santé ont donc, pour une part, leurs racines dans l'enfance.

Dans la littérature anglo-saxonne, cette dimension est développée sous le nom de « lifecourse », que l'on pourrait traduire par épidémiologie biographique.

### *3.2.1 - Les déterminants socio-économiques*

Les causes impliquées dans la production des inégalités sociales de santé touchent de très nombreux domaines, dont certains paraissent a priori bien loin du domaine de la santé, comme l'éducation, mais aussi l'accès à l'emploi et 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.

Le rapide bilan ci-dessous n'a donc pas la volonté d'être exhaustif, mais de fournir un tour d'horizon de l'ensemble des éléments qui contribuent aux inégalités sociales de santé et qui sont souvent autant de points d'intervention possibles.

#### **Accès à l'éducation**

Le niveau d'études est un acquis fondamental de l'individu au début de sa vie d'adulte. De façon directe, il influence les styles de vie et les comportements de santé, grâce aux connaissances acquises, à la capacité à en acquérir d'autres. Il permet d'améliorer "l'empowerment"<sup>34</sup> et l'estime de soi et encourage la participation dans la communauté. Indirectement, le niveau d'études oriente vers une profession et donc une catégorie sociale et un niveau de revenu. Il est protecteur vis-à-vis du chômage, prédit aussi l'exposition plus ou moins forte à des conditions et des contraintes de travail péjoratives pour la santé. Le lien entre études et santé est pour ces raisons un des plus constamment retrouvé dans la littérature.

Nous ne donnerons qu'un seul exemple de la force que représente cette cause fondamentale sur la santé. Dans l'Enquête nationale nutrition santé (ENNS), la prévalence de l'hypertension artérielle est de 52% chez les hommes ayant au plus un certificat d'études primaire. Elle est deux fois plus faible (24%) chez les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur de niveau bac + 3 ou plus. Le gradient est encore plus marqué chez les femmes (46 % et 11 %, respectivement).

Une ambiguïté doit être levée à propos du lien entre éducation et santé. Il ne s'agit pas de discuter le renforcement de l'éducation pour la santé dans le cadre de l'Education nationale. Le rôle de l'éducation concerne le niveau d'études générales, les compétences intellectuelles et les diplômes.

#### **Revenu**

Le revenu illustre aussi cette notion de cause fondamentale, ou cause des causes. Indirectement, les conditions économiques de l'enfance contribuent à constituer un potentiel, composé aussi de l'ensemble des qualifications et des acquis sociaux. A son tour, ce potentiel semble influencer le niveau d'emploi et de revenus de l'adulte et ses capacités à trouver du travail, et ce, indépendamment des revenus familiaux dans l'enfance.

---

<sup>34</sup> L'« empowerment » est une approche stratégique qui vise à soutenir les efforts des personnes et des communautés pour développer ou retrouver leur capacité d'action autonome.

Le revenu, en lui-même, n'influence pas directement l'état de santé, mais il conditionne d'autres facteurs matériels, conditions de vie, conditions de travail, accès à un emploi, accès à un haut niveau d'études. En somme, le revenu exerce une influence directe sur l'état de santé à tout âge, ce qui s'ajoute à l'effet indirect du revenu dans l'enfance.

En France, peu de résultats portant sur le revenu sont disponibles. Un travail montre qu'il existe un lien très fort entre le patrimoine au décès et la mortalité, y compris après prise en compte de la catégorie professionnelle (Jusot, 2004). Il ne s'agit pas de l'effet de difficultés financières, mais du lien entre mortalité et revenu parmi les personnes qui possèdent un patrimoine.

### **Conditions de vie dans l'enfance**

Les revenus de la famille dans l'enfance jouent un rôle important. Le contexte socio-économique des parents, leurs difficultés financières conduisent à la fin de l'enfance et au début de la vie adulte à constituer ce que les auteurs britanniques appellent un capital de santé et un potentiel de revenus. Le capital de santé est l'ensemble des ressources de santé physique et psychosociale hérité et acquis pendant les premières phases de la vie. Ce capital de santé initial va déterminer l'état de santé au début de la vie adulte et le potentiel de santé pour le futur. Il s'agit donc d'un effet direct des effets du revenu familial sur la santé durant les premières années de vie. Les conditions économiques de l'enfance vont également contribuer à constituer un potentiel de revenus. Il s'agit de l'ensemble des qualifications, du capital d'éducation et d'études acquis durant l'enfance et l'adolescence, qui va déterminer le niveau d'emploi et de revenus de l'adulte et ses capacités à trouver du travail.

L'étude britannique *National Child Development Study* (NCDS) a permis d'illustrer l'impact du revenu dans l'enfance. Cette étude est une cohorte de 8500 Britanniques nés pendant une semaine en mars 1958, pour lesquels on dispose des circonstances familiales de vie, et qui a été suivie régulièrement depuis la naissance, avec des données sur l'état de santé. Si l'on considère le rôle propre des difficultés financières, indépendamment des autres circonstances expérimentées dans l'enfance (divorce, handicaps, niveau d'étude des parents) le fait d'avoir eu à plusieurs reprises des difficultés financières, indicateur de bas revenu familial dans l'enfance, multiplie par 2,5 le risque de n'avoir aucune qualification à 23 ans et par 3 le fait d'avoir un mauvais état de santé perçue.

### **Accès à l'emploi**

Ne pas travailler est un risque pour la santé. La surmortalité des personnes qui n'exercent pas une activité professionnelle par rapport aux personnes qui ont un emploi ne s'explique que très partiellement par des effets de sélection, c'est-à-dire par le fait que des personnes malades ne peuvent pas ou plus travailler. Une situation d'insécurité, qu'il s'agisse du chômage ou de la crainte de perdre son emploi a des effets, entre autres, sur la santé mentale, en particulier l'anxiété et la dépression, et sur la santé cardiovasculaire. Pour les personnes au chômage, la réduction des ressources est un élément négatif supplémentaire.

Les effets du chômage sur la santé s'étendent à diverses formes d'emplois précaires et mal rémunérés, dont la fréquence a fortement augmenté en France depuis une vingtaine d'années.

Au-delà de la distinction entre emploi et absence d'emploi, il serait donc nécessaire d'utiliser des classifications plus fines : contrat de travail à durée déterminée, situations de travail atypiques telles que temps partiel subi, travail saisonnier, stagiaire ou travailleur indépendant. Une étude finlandaise<sup>35</sup> a montré que les travailleurs qui œuvrent dans des conditions atypiques ont une moins bonne santé perçue et un taux de dépression plus élevé, mais ceci n'est pas vrai pour les travailleurs ayant un contrat à durée déterminée. De façon générale, le travail temporaire entraînerait des problèmes psychologiques, ce qui serait cohérent avec les effets négatifs de l'insécurité dans le travail.

### **Conditions de travail**

Le travail et ses conditions constituent aussi un risque pour la santé, socialement inégalement réparti. La répartition de nombreuses expositions professionnelles selon les professions est connue en France, principalement par deux enquêtes nationales : l'enquête sur les conditions de travail et l'enquête SUMER. Pour plusieurs types de contraintes, la fréquence d'exposition suit une répartition très proche de la hiérarchie sociale ; c'est le cas pour la répétitivité des gestes, la manutention manuelle de charges et la position debout. Les ouvriers sont généralement surexposés aux produits chimiques et au bruit. Le travail sur écran et la conduite professionnelle font partie des quelques exceptions à la règle générale. En outre, une exposition donnée n'a pas les mêmes implications en termes de santé selon le statut et le niveau de formation qui modulent l'impact négatif de certaines expositions sur l'état de santé. La période actuelle est marquée par la fréquence des restructurations d'entreprises. De nombreux travaux soulignent les effets délétères pour la santé, mentale et physique qu'entraînent ces restructurations. Il faut souligner que les conséquences sur la santé concernent aussi bien les personnes privées d'emploi lors de ces restructurations, que les salariés qui préservent leur emploi (les « rescapés »)<sup>36</sup>.

### **Conditions de vie et environnement**

Les questions d'environnement soulignent le double mécanisme qui affecte la santé des populations défavorisées, d'une part plus exposées à des environnements délétères et de l'autre plus sensibles à leurs effets. Plusieurs études montrent que les populations défavorisées habitent à plus faible distance des sources de pollutions environnementales, physiques ou chimiques (usines, autoroutes à fort trafic, sites d'incinération) que les populations aisées. Certaines études réalisées à l'échelon individuel avec des capteurs portatifs, concluent à une association inverse entre l'exposition aux particules et le statut socio-économique. Une vulnérabilité particulière en situation défavorisée a déjà été évoquée à propos des enfants ; ceci a aussi été étudié chez les adultes, avec des résultats pour le moment contradictoires selon les études.

Malgré une littérature scientifique peu abondante, les liens entre habitat et santé sont convaincants car ils ont été fréquemment reproduits et leur plausibilité biologique est forte. La preuve *a contrario* de l'importance d'un logement décent est l'état de santé des sans-abri. Les pathologies en cause sont essentiellement les maladies infectieuses, les maladies respiratoires et les accidents domestiques.

---

<sup>35</sup> Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health : a review. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34: 610-22.

<sup>36</sup> La santé dans les restructurations : approches innovantes et recommandations de principe. Projet Européen. Coordinateur : Pr T Kieselbach. Brême 2009.

## **Intégration sociale**

Parmi les déterminants de la santé, on compte aussi les caractéristiques relatives aux conditions d'intégration sociale. De nombreuses publications ont montré une association entre un faible niveau d'intégration sociale et une fréquence accrue des comportements de santé à risque (tabagisme, alcoolisme, troubles du comportement alimentaire, sédentarité, etc.)<sup>37</sup>. D'autres ont observé de fortes associations entre l'importance du réseau social d'un individu et l'incidence de certaines maladies, en particulier les pathologies cardiovasculaires.

Des travaux épidémiologiques récents s'attachent à prendre en compte les « conditions néo-matérielles » ; c'est-à-dire des biens et des services qui ne sont pas fondamentaux à proprement parler mais dont la jouissance apporte confort et bien être et signe, au moins symboliquement, l'appartenance à nos sociétés de consommation et de loisirs.

### *3.2.2 - Les comportements*

Il est essentiel de distinguer les causes proximales, les comportements des individus, des causes fondamentales, le contexte favorisant ou non dans lequel ces comportements s'insèrent. Cette approche souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements de santé<sup>38</sup>.

La part importante des inégalités de mortalité attribuable aux cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures suggère que les consommations de tabac et d'alcool, s'ajoutant aux expositions professionnelles à des substances cancérigènes, jouent un rôle important dans les écarts sociaux de mortalité observés en France, du moins pour les hommes. Ceci ne veut pas dire que l'on ait trouvé l'explication des inégalités sociales et qu'il ne faille pas s'interroger, en amont, sur les « causes des causes ». La législation sur les messages publicitaires, les prix de vente du tabac ou de l'alcool sont bien entendu concernés. Fumer est souvent un moyen pour faire face à des problèmes variés ou au stress, ce qui renvoie aux conditions de vie.

L'environnement physique peut aussi faciliter ou empêcher des comportements de santé. L'exemple le plus frappant est probablement l'activité physique de loisirs. La disponibilité et l'accessibilité (notamment en termes de distance) d'installations sportives et de loisirs variables selon l'environnement socio-économique, sont en relation avec le niveau d'activité physique moyen dans le quartier, quelle que soit la volonté individuelle des habitants.

---

<sup>37</sup> Seeman TE. Social ties and health: the benefits of social integration. *Annals of Epidemiology* 1996; 6: 442-51.

<sup>38</sup> L'utilisation de modèles d'analyses multi-niveaux qui permettent l'analyse de données de nature imbriquée comme les élèves dans une classe par exemple et qui sont couramment utilisés dans les travaux de recherche depuis une dizaine d'années, ont une importance considérable dans la mesure où ils permettent de distinguer ce qui revient à des effets dits individuels et des effets collectifs accessibles à des interventions de santé publique.



Nous choisirons d'illustrer cette approche dans le cas de **l'obésité**, du fait de sa prévalence croissante et du futur qu'elle engage. Le raisonnement serait similaire pour les consommations d'alcool ou de tabac.

Ces inégalités commencent dès l'enfance et assombrissent l'avenir très tôt dans la vie. On sait que l'obésité augmente le risque d'être atteint de problèmes de santé tels que diabète, affections cardio-vasculaires, ou problèmes d'arthrose, sources de limitations dans les activités de la vie quotidienne.

Une enquête de 2005 auprès de plus de 7200 élèves de CM2 (fin du cours primaire) montrait que 16% d'entre eux avaient un surpoids modéré et que 4% étaient obèses. L'obésité était dix fois plus fréquente parmi les enfants d'ouvriers (6%) que parmi les enfants de cadres (0,6%). La proportion d'obésité parmi les enfants de parents appartenant à d'autres catégories se situe en position intermédiaire. Entre 2002, année où la même enquête avait été menée, et 2005, la fréquence de la surcharge pondérale est restée globalement stable mais les inégalités se sont creusées. La proportion d'enfants obèses a diminué dans toutes les catégories, sauf chez les enfants d'ouvriers où elle est passée de 5% à 6%.

Les données de l'enquête sur la Santé et la protection sociale 2006 montrent que plus le revenu mensuel du ménage diminue, plus l'obésité est fréquente chez les adultes, les écarts étant plus marqués chez les femmes que chez les hommes. Toutes choses étant égales par ailleurs, dans toutes les tranches d'âge, la fréquence de l'obésité est multipliée par plus de deux entre les 20% de personnes ayant les revenus les plus faibles et les 20% disposant des revenus les plus élevés, soulignant qu'il ne s'agit pas d'un effet de seuil, mais bien d'un gradient.

La mise en regard de ces deux études suggère que les inégalités sociales de santé plus fortes chez les enfants, témoignent d'un effet de génération plus que d'âge.

La disponibilité et le prix des différents aliments, l'accès à une restauration de type fast-food, la restauration collective, l'industrie agro-alimentaire, les lobbys agro-alimentaires, la possibilité d'exercer un minimum d'activité physique dans différentes zones sont à cet égard aussi importantes à creuser que l'éducation nutritionnelle individuelle. Il s'agit de « **rendre les choix sains plus faciles**<sup>39</sup> ».

---

<sup>39</sup> C'est le titre d'un rapport du Département de la santé britannique : Choosing Health: Making healthy choices easier. Department of Health, 2004.

### 3.2.3 - Le système de soins

Le fait que le système de soins ne contribue pas à réduire les inégalités de santé, voire y participe, est à considérer comme un problème de qualité des soins, qui conduit à s'interroger sur son efficacité. Il est important dans notre pays de rappeler que l'absence de barrières financières à l'accès, objectif des régimes assurantiels universels, ne suffit pas à garantir l'égalité des soins.

De ce point de vue, la problématique « santé – précarité » et la question plus générale des inégalités sociales de santé convergent vers un enjeu commun en matière de santé. Si on considère que, depuis soixante ans, notre système de soins s'est construit sur un modèle biomédical curatif et que l'accessibilité aux soins y reste – encore trop souvent - le fruit de « *la rencontre entre une offre de soins abondante et une demande solvabilisée par une protection de type assurantielle* »<sup>40</sup>, cette accessibilité d'ordre consumériste, se révèle inadaptée face aux inégalités sociales de santé. Un tel modèle consumériste ne vaut qu'à partir du moment où on postule que chacun porte une même attention à sa santé, possède un niveau de connaissance suffisant et toute l'information nécessaire pour prendre en charge sa santé et formuler ses attentes vis-à-vis du système de soins.

Ce modèle montre aujourd'hui ses limites et explique au moins une part des inégalités sociales de santé. Et ce, d'autant plus que l'accès aux soins n'est pas pour autant un problème résolu.

Pour avancer sur cette question, il est utile de distinguer plusieurs étapes dans l'accès aux soins. L'accès théorique est assuré par le dispositif d'assurance maladie et ses extensions. Il lève les obstacles financiers et théoriquement permet l'accès aux soins. L'accès réel aux soins, qui est l'enjeu véritable, se décompose en deux étapes. Le premier contact avec une structure de soins qui définit l'accès primaire. Ce primo-contact est suivi par une trajectoire complexe, ensemble de processus et de résultats qui constituent l'accès secondaire aux soins.

#### **Accès théorique : les droits**

La France bénéficie, depuis 1945, d'un système de protection sociale enviable. La proportion de Français bénéficiant d'une assurance n'a cessé d'augmenter au fil des ans pour atteindre la quasi-totalité de la population. La couverture complémentaire est un élément déterminant de l'accès aux soins, et la part laissée à la charge du patient au cours des vingt dernières années a eu tendance à s'accroître et représente autour de 25 % des dépenses de santé. L'accès à une couverture complémentaire (et son contenu....)<sup>41</sup> deviennent des enjeux essentiels.

#### **Consommation réelle de soins : l'accès primaire**

En 2004, selon l'enquête Soins et protection sociale, 13 % de la population adulte déclarait avoir renoncé, au moins une fois dans les douze mois précédents à des soins de santé pour des raisons financières.

---

<sup>40</sup> Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France, rapport général. Paris, La Documentation Française, 1994, p. 69-72.

<sup>41</sup> Lombrail P, Pascal J, Lang T. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? Santé, Société et Solidarité 2004; 2: 61-71.

Parmi ces renoncements, la moitié concerne la santé bucco-dentaire, 18% les lunettes et 9% les soins d'un médecin spécialiste. Ce phénomène, qui touche plus les femmes et culmine entre 18 et 40 ans est lié principalement à la présence ou non d'une couverture assurance complémentaire. Les changements dans les tarifs et les remboursements des soins risquent de recréer des barrières financières : augmentation de la part des soins restant à la charge des assurés, généralisation de dépassements d'honoraires non couverts, augmentation du coût de la couverture complémentaire.

### **Accès secondaire**

Au delà de disparités flagrantes d'accès aux soins de première ligne, il existe aussi des inégalités d'accès aux soins plus spécialisés. Après un premier contact avec le système de santé, une partie de l'origine des inégalités trouve sa source dans le système lui-même, souvent mal adapté à prendre en compte la dimension sociale d'un problème de santé, à l'origine des inégalités dites « par omission ». De façon générale, les progrès thérapeutiques se diffusent plus rapidement dans les groupes sociaux favorisés.

Les recommandations de pratique médicale prennent rarement en compte les facteurs psychosociaux ou économiques. Dans certains domaines, cette absence peut conduire à des retards dans la prise en charge médicamenteuse. Ces inégalités induites constituent les inégalités par construction<sup>42</sup>.

### **Les soins de prévention**

Les soins préventifs tendent aussi à être utilisés de façon inégalitaire, même en l'absence de barrière de coût. Ainsi, parmi les 20% de femmes qui disposent des revenus les plus élevés, seulement 7% n'ont pas eu de mammographie dans les trois dernières années, mais ce pourcentage atteint 26% pour les 20% qui disposent des plus bas revenus. Entre 1995 et 2005 en France, c'est parmi les femmes aux revenus modestes que la pratique du dépistage a le plus progressé, ce qui laisse penser qu'un dépistage organisé est plus égalitaire qu'un dépistage individuel.

Les consommations de soins et leurs disparités peuvent se rattacher à deux niveaux d'interprétation différents : l'organisation des systèmes de santé et les représentations des « usagers » potentiels.

Les comparaisons internationales ont montré que **l'organisation des systèmes de santé** influait sur l'accès aux soins. Les inégalités de recours aux spécialistes sont moins marquées dans les pays où existe un système de médecin référent avant la consultation du médecin spécialiste. Les inégalités sociales de consultation du médecin généraliste ou du spécialiste sont d'autant plus marquées que la part du reste à charge pour les ménages est importante<sup>43</sup>.

La « **distance sociale** » à l'égard des institutions de soins, ou l'image qu'en ont les personnes, induit des phénomènes de dissuasion symbolique qui éloignent certaines personnes de certaines structures (cette dissuasion s'opérant aussi parmi les personnes en haut de l'échelle sociale qui fréquentent peu, par exemple, les centres de PMI).

---

<sup>42</sup> Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities? (Editorial). *European Journal of Public Health* 2005; 15: 441.

<sup>43</sup> Couffinhal A *et al.* Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. *Questions d'Economie de la Santé* 2005; 92 et 93.

Plus largement, en tant que rapport à une institution centrale de notre société (la médecine et ses différentes structures), les recours aux soins mobilisent en réalité un vaste ensemble de dimensions qui renvoient à des normes, des représentations, des processus relationnels<sup>44</sup>.

Les circuits d'accès, l'orientation des malades ainsi que leur prise en charge pourraient révéler d'authentiques **discriminations** - selon, par exemple, l'appartenance ethnique des personnes, leur situation sociale, leur couverture maladie, ou certaines de leurs pratiques ou habitudes de vie. Elles ont été montrées pour ce qui concerne la CMU.

En janvier 2009, une enquête diligentée par l'Irdes pour le fonds CMU, réalisée par *testing* à Paris, observe des taux de refus de rendez-vous de 32% pour les dentistes, 19% pour les généralistes (9% en secteur 1 et 33% en secteur 2), 28% pour les ophtalmologistes (9% en secteur 1 et 31% en secteur 2); 38% pour les gynécologues (17% en secteur 1 et 40% en secteur 2)<sup>45</sup>. En mai 2009, une nouvelle enquête de *testing* réalisée par le CISS, la FNATH et l'UNAF auprès des spécialistes de secteur 2 dans plusieurs villes de France montre que 22% d'entre eux refusent les soins aux bénéficiaires de la CMU-C (jusqu'à 50% à Paris) : notamment 16% des ophtalmologistes et des dermatologues et 41% des psychiatres<sup>46</sup>. Dès 2006, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) a confirmé le caractère discriminatoire des refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C<sup>47</sup>.

### 3.3 - Des inégalités contextuelles et territoriales

La mise en évidence de l'influence de l'environnement physique mais aussi social du lieu de résidence sur la santé, compte parmi les acquis de la recherche en épidémiologie. De nombreuses études ont ainsi établi l'existence d'associations robustes entre la dégradation de l'environnement socioéconomique et la survenue de diverses maladies, par exemple cardiovasculaires<sup>48</sup>, états de santé comme l'obésité<sup>49</sup> ou comportements comme le tabagisme<sup>50</sup>.

---

<sup>44</sup> Ruffin D, Ville I. Les expériences de santé comme vecteur de l'identité. *Economie et Statistique* 2006; 393: 61-79.

<sup>45</sup> Despres C, Guillaume S, Couralet PE. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Paris, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, La Documentation française, juillet 2009.

<sup>46</sup> CISS, FNATH, UNAF. Action contre les refus de soins : dossier de presse. Paris, 25 mai 2009.

<sup>47</sup> Chadelat JF. Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU. Rapport pour Monsieur le Ministre de la santé et des solidarités. Paris, Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, 30 novembre 2006.

<sup>48</sup> Diez Roux AV. Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health* 200; 9: 1783-9.

<sup>49</sup> Robert SA, Reither EN. A multilevel analysis of race, community disadvantage, and body mass index among adults in the US. *Social Science and Medicine* 2004; 59: 2421-34.

<sup>50</sup> Chaix B, Chauvin P. Tobacco and alcohol consumption, sedentary lifestyle and overweightness in France: a multilevel analysis of individual and area-level determinants. *European Journal of Epidemiology* 2003; 18: 531-538.

Pour mettre à jour de telles associations, ces travaux s'appuient sur des méthodes statistiques d'analyse multiniveaux<sup>51</sup> qui permettent la prise en compte simultanée de variables individuelles et de variables caractérisant le « contexte », lequel peut renvoyer aussi bien au ménage, au quartier ou à l'unité urbaine. Il devient alors possible de dissocier dans l'analyse, les effets de composition (liés aux caractéristiques des individus vivant dans les territoires étudiés) des effets proprement contextuels (liés aux caractéristiques du territoire).

Différents auteurs ont souligné que l'étude des effets du contexte local de résidence constitue une des voies importantes pour la caractérisation des déterminants sociaux de la santé. D'un point de vue de santé publique, si l'on montre que des phénomènes de santé sont particulièrement liés au contexte local de résidence, il peut s'avérer efficace de faire varier les programmes de santé mis en œuvre en intensité ou en nature d'un quartier à l'autre<sup>52</sup>. L'importance du contexte ainsi mis en évidence appelle des interventions sur les structures et l'aménagement des territoires destinées à faciliter certains comportements. Par exemple, une activité physique régulière n'est possible que s'il existe des équipements sportifs ou un environnement sûr et non dangereux.

Parmi les hypothèses et les cadres théoriques proposés, ceux renvoyant à une théorie de la *désorganisation sociale*<sup>53</sup> apportent des pistes intéressantes pour comprendre le lien entre qualité de l'espace de résidence et santé mentale. La dégradation de l'environnement socioéconomique s'accompagnerait d'un processus de décomposition des règles et des institutions sociales locales, générateur de désorganisation psychique et de stress menant notamment à la dépression.

L'effet contexte est aussi majeur pour le système de soins.

La proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMU-C) dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes, varie fortement d'un praticien à l'autre. En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMU-C sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par le niveau de revenu moyen des communes. On constate ainsi une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMU-C des communes avoisinantes plus riches<sup>54</sup>.

---

<sup>51</sup> Chaix B, Chauvin P. L'apport des méthodes d'analyse multiniveaux dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2002; 50: 489-499.

<sup>52</sup> Chauvin P. Environnement social et santé : avancées et perspectives dans l'étude des effets du contexte sur la santé. *In*: Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social*. Paris, Editions Inserm-Vuibert, 2005, 187-200.

<sup>53</sup> Ross CE, Mirowsky J. Neighborhood disadvantage, disorder, and health. *Journal of Health and Social Behavior* 2001; 42: 258-76.

<sup>54</sup> Cases C, Lucas-Gabrielli V, Perronnin M, To M. Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? *Questions d'économie de la santé* 2008; 130: 1-6.

L'ensemble de ces données montre la possibilité d'intervenir sur un grand nombre de facteurs.

Le caractère très vaste des déterminants de la santé implique de raisonner en approches intersectorielles et de cesser de penser la santé comme une catégorie à part des autres domaines sociaux et économiques. Les inégalités sociales de santé sont aussi le reflet des inégalités sociales qui découlent des choix et des politiques publiques.

Les comportements « expliquent » une part des inégalités sociales de santé. Mais s'ils sont souvent qualifiés d'individuels, ils sont facilités ou dépendent d'un environnement physique et social.

Enfin, même s'il faut souligner qu'il ne constitue qu'un des aspects d'une démarche de réduction des inégalités, le système de santé a un rôle essentiel à jouer et l'accès à des soins de qualité reste un enjeu.

**Les exemples suivants permettent d'illustrer les différentes échelles de temps en cause dans la genèse d'un état de santé et donc de sa prévention.**

### **L'histoire d'un diabétique**

#### **► L'histoire de M. X : une biographie personnelle**

Lorsque M. X est né, on a parlé de petit poids de naissance ; la grossesse de sa mère peut se caractériser comme difficile : travail pénible, milieu social défavorisé et alimentation pas toujours suffisante.

Durant l'adolescence, M. X a développé une obésité, et pesait 100kgs pour 1,70m à 30 ans.

On lui découvre un diabète de type 2 à 50 ans, probablement évolutif depuis plusieurs années.

Le traitement antidiabétique qui lui est prescrit est mal suivi

Lorsque des lésions du pied droit apparaissent, M. X, qui n'a pas de couverture complémentaire, ne consulte pas le spécialiste que lui recommande le médecin généraliste (consulté une fois). Il est hospitalisé par les urgences à l'occasion d'une surinfection cutanée.

**► L'histoire de M. X : une succession de déterminants**

Le trajet qui conduit à la complication infectieuse du diabète est émaillé de facteurs de risque, qui constituent autant de pistes d'intervention potentielles pour réduire les inégalités sociales de santé.

- Un début dès la vie intra-utérine, qui suggère des politiques de suivi des femmes enceintes.
- Un développement de l'obésité qui met en cause les politiques de nutrition, nationales, l'offre locale de produits, leurs prix, l'influence des lobbys agro-alimentaires, l'éducation nutritionnelle à la cantine et les restaurations collectives.
- Un dépistage tardif, pour une personne qui est peu motivée par sa santé et en l'absence de dépistage organisé.
- Des problèmes d'observance, qui peuvent associer des difficultés matérielles, individuelles ou tenant aux relations avec le système de soins.
- L'accès aux soins est ici en cause, tant l'accès primaire que secondaire (efficacité des soins).

**Un ensemble d'interventions à mener pour réduire les inégalités de survenue des complications du diabète**

<b>Objectif</b>	<b>Délai</b>	<b>Actions collectives</b>	<b>Interventions individuelles</b>
Améliorer les conditions de vie foetale	Une génération	Dispositifs de Protection maternelle et infantile	Arrêt du tabac pendant la grossesse
Réduire l'obésité et l'incidence du diabète	Délai intermédiaire quelques années	Disponibilité et prix des produits « sains »	Education nutritionnelle
Réduire les complications	Rapide moins de cinq ans	Amélioration de l'accès aux soins	Education thérapeutique

Ces actions peuvent être développées à l'échelon national ou local.

## Vers un système de soins proactif

Un enchaînement de droits restés théoriques : un exemple dans le cas du handicap<sup>55</sup>.

### L'histoire de Julie

Julie est une enfant trisomique dont le diagnostic n'a pas été fait in utero. Issue d'une grossesse non désirée et non suivie, elle a eu une enfance précaire en milieu rural et n'a pas pu bénéficier d'une stimulation préscolaire. Sa famille d'accueil a des conditions de vie astreignantes et n'a pas bénéficié de conseils sur les aides pour l'enfance handicapée. En l'absence de demande de reconnaissance de son handicap, il n'y a pas eu de dossier ouvert vers une démarche éducative. L'âge de la scolarité venu, elle n'a pu intégrer une classe en milieu ordinaire et est restée au sein de sa famille. Sa constitution fragile s'est détériorée à la suite de banales maladies de l'enfance, ignorées ou mal soignées. A la puberté, c'est une enfant obèse qui a une mobilité réduite et dont le retard mental lui ouvre peu de perspectives de développement.

### Une succession de droits « théoriquement » accessibles

- Des possibilités de diagnostic in utero (diagnostic prénatal prévu par le Code de la santé publique, Article L 3121-1 aujourd'hui entre la 11<sup>ème</sup> et la 13<sup>ème</sup> semaine de la grossesse, arrêté du 23 juin 2009).
- Des prises en charge dès la naissance dans le cadre des Centres d'action médicosociale précoces (Code la santé publique, Art L 2118-8), s'il en existe dans un environnement proche. En 2008, il y avait en France, 306 CAMPs financés à 80% par l'assurance –maladie et à 20% par la Protection maternelle et infantile.
- Des allocations d'éducation spécialisée et des conseils d'orientation délivrés par la Maison départementale du handicap. Les MDPH ont été instaurées par la loi du 11 février 2005. Elles ont pour fonction d'offrir un accès unique aux droits et prestations, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille.
- Le droit à l'intégration scolaire en milieu ordinaire au moins dans le cycle primaire. La scolarisation des élèves handicapés dans le milieu scolaire ordinaire est un principe de droit depuis la loi du 11 février 2005 dont l'intitulé exact est « Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Le recours à des établissements spécialisés n'intervient que de façon subsidiaire ou complémentaire.

---

<sup>55</sup> L'enchaînement des causes dans les situations de handicap est complexe puisque la dimension sociale est dans la définition même du handicap. L'analyse ici est volontairement simplifiée car l'exemple choisi, la Trisomie 21, est un handicap dont le diagnostic est précoce, aisé et fiable.



## **DES FACTEURS DE PROTECTION**

**Les facteurs qui favorisent un bon état de santé, dont l'inégale répartition sociale contribue aux inégalités sociales de santé**

- Naître dans de bonnes conditions**
- Avoir accès à l'éducation**
- Disposer de liens familiaux et sociaux solides**
- Percevoir et disposer effectivement d'un contrôle sur sa vie**
- Vivre dans un environnement social et physique sain**
- Travailler dans de bonnes conditions**
- Adopter un style de vie favorable à la santé**
- Avoir un accès effectif à des soins de qualité**

## **4 – Le système d'information statistique français et les inégalités sociales de santé**

Notre objectif n'est pas de décrire et d'analyser le système d'information sanitaire français dans son ensemble, mais sa capacité à décrire et à suivre l'évolution des inégalités sociales de santé<sup>56</sup>.

Nous analyserons successivement la disponibilité des données, puis les problèmes spécifiques posés par les indicateurs dans le domaine des inégalités sociales de santé.

### **4.1 - Disponibilité des données**

#### *4.1.1 - Mortalité*

##### **Les données du CépiDc de l'Inserm**

A l'occasion de chaque décès survenu en France métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-mer (DOM), un certificat de décès doit être rempli par un médecin. Ce certificat doit indiquer les causes du décès en distinguant la cause initiale et les autres causes de décès (immédiates, intermédiaires, associées). Outre ces informations d'ordre médical, la base de données du CépiDc comporte un certain nombre d'informations démographiques sur le sujet décédé (sexe, âge, lieu de décès, lieu de domicile...). Une information est également disponible sur la Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) du sujet décédé. Cette information est rapportée pour chaque décès mais codée par l'Insee pour les sujets actifs uniquement.

Mis à part ce mode d'analyse à un niveau individuel, une autre méthode permettant d'obtenir indirectement des informations sur les inégalités sociales de mortalité à partir des données du CépiDc, consiste à conduire des analyses de type "écologique". On peut ainsi mettre en relation à différentes échelles géographiques, les niveaux et caractéristiques de la mortalité et des indices de défavorisation caractérisant les zones géographiques considérées<sup>57</sup>.

##### **Le suivi d'échantillons de l'Insee**

Une autre source de données provient du suivi d'échantillons démographiques constitués par l'Insee au moment des recensements. La PCS est collectée tout au long du suivi. La date de décès est obtenue en interrogeant le Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) et les causes de décès sont collectées par appariement avec le fichier du CépiDc.

---

<sup>56</sup> Un groupe de travail du HCSP, présidé par M. Goldberg, est consacré aux systèmes d'information, analysés en détail avec des recommandations qui précisent celles de notre groupe de travail (Rapport disponible en décembre 2009).

<sup>57</sup> Rey G, Jouglu E, Fouillet A, Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 - 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death., BMC Public Health, 2009; 9: 33.

Dans ce cadre, l'Echantillon démographique permanent (EDP) constitue une source importante de données. C'est à partir de cette source qu'ont été produites les études les plus récentes sur les inégalités sociales de mortalité par cancer<sup>58</sup>.

#### 4.1.2 - Morbidité

Les données de morbidité sont variées et mobilisent divers types de source : enquêtes en population générale, registres de pathologies, données de l'assurance-maladie, enquêtes de la Drees, de l'InVS, et différents systèmes de surveillance. L'analyse des inégalités sociales n'est possible que dans les enquêtes déclaratives impliquant divers biais. Les données issues des systèmes de l'assurance-maladie et du PMSI ne permettent de repérer que la morbidité traitée par le système de soins. L'Enquête Santé et protection sociale de l'Irdes recueille des informations sur la morbidité déclarée (questions du « mini-module européen » et liste de pathologies déclarées auprès d'un échantillon représentatif de la population. Les personnes sont, interrogées par ailleurs sur leurs caractéristiques sociales, leur utilisation du système de soins et leurs comportements de santé.

L'enquête Handicap-Santé recueille des informations sur la morbidité du même type que l'enquête ESPS. Son échantillon est de plus grande taille (environ 30 000 répondants pour le volet « ménages ordinaires » collecté en 2008) ; en outre, les personnes vivant en institutions sont également interrogées (volet « institutions » en 2009). Cette enquête aborde un spectre de thèmes très large<sup>59</sup>, qui permettra une analyse des inégalités de santé sous différents angles. Au niveau international, Eurostat prépare un règlement européen en matière d'enquêtes de santé, qui contraindra les Etats membres à réaliser tous les cinq ans une enquête comportant un questionnement commun (EHIS, « European Health Interview Survey »). Le questionnaire de l'enquête Handicap-Santé et celui des enquêtes Santé à venir tiennent compte, pour les questions concernées, des formulations recommandées par Eurostat.

Il faut souligner que certains territoires ne sont pas couverts par l'ensemble des sources : c'est notamment le cas des Départements d'Outre-mer.

#### 4.1.3 - Handicap

Les sources d'informations sont peu fréquentes sur ces populations difficiles à enquêter. La précédente enquête Handicap s'était déroulée successivement en institutions (1998) et en ménages ordinaires (1999). Suivant les recommandations du Cnis, l'Insee et la Drees ont réalisé pour la première fois en 2008-2009 une enquête Handicap couplée à une enquête Santé, auprès des ménages d'une part et des institutions accueillant ces personnes d'autre part. Elle est complétée par une enquête auprès des « Aidants informels ».

---

<sup>58</sup> Menvielle G, Chastang JF, Luce D, Leclerc A, Groupe EDISC. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996 - Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2007; 55(2): 97-105.

<sup>59</sup> Description du ménage de la personne interrogée ; Santé (mini-module européen, maladies, recours aux soins, prévention) ; Déficiences ; Aides techniques ; Limitations fonctionnelles ; Restrictions d'activité ; Environnement familial et aide ; Aménagements du logement ; Accessibilité ; Scolarité ; Emploi ; Revenus-allocations ; Loisirs ; Discrimination.

Elle permettra de mesurer la prévalence des différents handicaps et déficiences dans la population, leur prise en charge et les aides dont elles bénéficient, l'état de santé des personnes handicapées, mais aussi leurs insertions sociale, scolaire et professionnelle.

#### *4.1.4 - Accès aux soins*

L'Enquête Soins et protection sociale permet une analyse détaillée des déterminants individuels de la santé et des recours aux soins. La taille de l'échantillon ne permet cependant pas une analyse à l'échelle infranationale.

L'Enquête décennale santé fournit des informations sur la consommation de soins, en lien avec la morbidité déclarée et des données socio-économiques riches.

Les données de l'assurance-maladie ne comportent pratiquement aucun élément sur les déterminants de la santé et du recours soins. En outre leur utilisation est peu répandue. Les données issues des enquêtes en population générale, sont parfois appariées avec les données de remboursement de l'assurance-maladie.

#### *4.1.5 - Enquêtes thématiques*

Outre les dispositifs statistiques permanents, un certain nombre d'enquêtes, menées sur des thèmes scientifiques sans rapport initial avec les inégalités de santé, fournissent des informations très riches sur les inégalités sociales de santé. On peut ainsi citer, les cohortes Prime, Suvimax, l'Enquête nationale nutrition santé (ENNS), les registres Monica, Francim. Dans ces enquêtes et registres, des informations sociales minimales avaient été recueillies ou ajoutées pour un sous-échantillon des personnes incluses.

#### *4.1.6 - Les limites*

##### **La santé dans le système statistique**

Les inégalités sociales ne sont pas une priorité dans le domaine de la santé, mais la santé n'apparaît pas non plus prioritaire lorsqu'on aborde les inégalités sociales. Les suites données au rapport du groupe de travail « Niveaux de vie et inégalités sociales » présidé par le Pr. Freyssinet<sup>60</sup>, pour le Conseil national de l'information statistique sont dignes d'intérêt.

Dans ce rapport, le groupe de travail recommandait, pour suivre l'évolution des inégalités sociales, cinquante indicateurs de base, déclinés ensuite par catégorie socioprofessionnelle, âge et sexe. Sur cinquante indicateurs, seuls deux de ces indicateurs, deux seulement étaient consacrés à la santé ; un troisième, le handicap, était recommandé, mais curieusement n'apparaissait pas dans les indicateurs de santé.

Il est intéressant de noter que deux ans après la remise de ce rapport aucun des indicateurs sur les inégalités sociales recommandés par le groupe de travail ne figure sur le site de l'Insee. Certes, la mortalité prématurée, et l'espérance de vie sont disponibles, mais pas par PCS. Seul l'indicateur de « déficiences » est présenté par PCS.

---

<sup>60</sup> Freyssinet J. Rapport d'un groupe de travail du Conseil national de l'information statistique (Cnis). Niveaux de vie et inégalités sociales. Mars 2007.

Nous ne pouvons que souscrire à la proposition 47 de ce groupe de travail :  
« Dans le domaine de la santé, le groupe demande à ce que soit expertisée la mise en place de trois types d'indicateurs, l'un sur les malades selon les pathologies, le deuxième sur les aspects financiers de la prise en charge au niveau des remboursements, le dernier sur le recours aux soins (inégalités et renoncement). Par ailleurs, en plus du dispositif existant déjà, le groupe appuie la mise en place de manière régulière d'enquêtes détaillées dans le domaine de la santé, comme dans le domaine du handicap. Ces enquêtes doivent permettre de mesurer l'état de santé dans son acception la plus large, en tant que résultante d'un état physique, mental et social. ».

Cette absence de lien entre données sociales et santé, se traduit dans les enquêtes économiques et sociales, conduites par l'Insee, dans lesquelles font défaut les mesures de la santé ; l'enquête emploi est un exemple de ces enquêtes qui pourraient comporter des éléments sur la santé.

### **La mortalité**

En pratique, le codage de la PCS sur les certificats de décès n'est utilisable que pour les sujets entre 25 et 60 ans. Mais même pour cette classe d'âge restreinte, les données doivent être analysées avec beaucoup de prudence du fait d'imprécisions dans les déclarations. En raison de l'importance potentielle de cette source d'information, le CépiDc a proposé d'introduire un module simple dans le certificat de décès permettant de collecter une information plus précise sur la PCS (avec en particulier, dans le cas d'un sujet retraité ou inactif, la collecte de son ancienne profession). Notons l'exception des décès d'enfants avant 28 jours qui disposent d'un certificat de décès spécifique avec un recueil d'informations plus précis sur la profession du père et de la mère de l'enfant.

L'accès aux données de l'Echantillon permanent de l'Insee est bloqué depuis 2006 pour des raisons juridiques internes à l'Insee et relatives à l'accès à des données individuelles.

### **La morbidité**

En matière de morbidité, le système français s'est enrichi considérablement ces dernières années, notamment suite à la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998. Mais les informations sur les inégalités sociales de santé restent assez pauvres. Les priorités de l'InVS apparaissent être pour le moment plus l'étude de la prévalence et de l'incidence moyenne des maladies que les inégalités sociales de santé. Le système de veille sanitaire répond à des logiques d'alerte et d'urgence, portant sur des interventions à réponse rapide. Pour remplir cette fonction d'alerte et d'expertise, le système est très centralisé, avec des relais régionaux dont la fonction principale est de détecter et de relayer au niveau national des signaux d'alerte. Ce système centralisé est donc peu adapté au caractère nettement territorial des diagnostics et des interventions en matière d'inégalités sociales de santé.

Les registres de pathologies sont une source majeure de données sur la morbidité en population générale. Mais les données sur le contexte social y sont absentes sauf par le biais enquêtes spécifiques. D'une façon générale, les données sociales et économiques sont souvent absentes des études épidémiologiques, privant ainsi chercheurs et décideurs, de données sur nombre de pathologies, en particulier celles qui sont peu létales, mais sources d'incapacité par exemple.

## **Santé Travail**

**Le champ de la santé au travail** s'est peu mobilisé autour de cette question.

Peu de données sur les inégalités sociales de santé sont issues du champ santé travail. Sa contribution est pourtant essentielle, mais peut-être parce qu'elle est trop évidente, peu d'analyses lui sont consacrées.

D'une façon plus générale, si les expositions aux facteurs de risques professionnels pour la santé sont relativement bien documentés par de grandes enquêtes en population générale comme SUMER, le dispositif statistique peine à établir, sur l'ensemble de la population et de façon systématique, les effets de ces expositions sur la santé. Ils sont en effet souvent longs à se matérialiser et nécessitent des dispositifs d'observation complexes (cohortes). On dispose actuellement essentiellement de travaux sur des pathologies ou des populations particulières. L'exploitation de l'Enquête santé et itinéraire professionnel réalisée par la Drees et la Dares (deux vagues, en 2006 et en 2010) permettra de combler en partie le déficit d'analyse des inégalités de santé liées au travail.

### **Les données du système de soins et de protection sociale**

Elles pourraient constituer une source majeure d'information sur l'accès aux soins et leur utilisation. Pourtant, dans les statistiques de routine (assurance-maladie, PMSI, Sniram) les données sociales ne figurent pas. Les statistiques sanitaires disponibles ne permettent pas de préciser les surcoûts liés aux caractéristiques sociales des populations. Elles ne relèvent les populations en situation précaire que par les aides qu'elles reçoivent (CMU, RMI, Aide médicale d'Etat...) D'autres critères de précarité, qui augmentent les besoins (environnement social, soutien social, immigrants, étrangers...) ne sont pas non plus relevés.

### **Question des discriminations**

Cette question porte sur l'ensemble des discriminations, liées à la hiérarchie sociale, mais peu explorées quant à leur effet indépendant du niveau social, qu'il s'agisse de couleur de peau, de patronyme, de quartier de résidence, de religion, de couverture sociale). Il s'agit non seulement de *testing*, mais aussi d'études statistiques en termes de facteurs de risque.

## **4.2 - Les indicateurs**

### *4.2.1 Indicateurs de santé : des précautions dans le domaine des inégalités sociales de santé*

Les difficultés pour obtenir des données sur la morbidité et les incapacités et handicaps valorisent les données sur la mortalité et la santé perçue, l'une obtenue en routine, l'autre facilement recueillie dans les enquêtes. Il importe de souligner les limites de chacun de ces indicateurs.

## **Indicateurs dérivés de la mortalité**

Les indicateurs basés sur la mortalité, mortalité prématurée par CSP, espérance de vie par CSP, espérance de vie sans incapacité<sup>61</sup>, sont indispensables à recueillir.

Il convient néanmoins de noter les difficultés liées à la temporalité et à la faible sensibilité au changement de ces indicateurs de mortalité. Autant leur caractère intégrateur des éléments du cours de la vie les rend aptes à faire la synthèse d'un programme de santé destiné à la réduire, autant leur sensibilité au changement doit être considérée comme limitée. Ainsi cet indicateur, même s'il est sans doute utile de le publier chaque année, ne saurait refléter avant quelques années une évolution favorable ou défavorable du fait de politiques publiques.

## **Intérêt des indicateurs intermédiaires**

Cette remarque souligne l'intérêt de suivre des indicateurs intermédiaires. Ceux-ci permettront de témoigner du succès d'une intervention en quelques mois ou années, même si les effets sanitaires et la mortalité ne se feront sentir que quelques dizaines d'années plus tard.

On peut prendre pour exemple le développement de l'allaitement maternel. On sait qu'il est protecteur sur l'état de santé des adultes mais les effets sur la mortalité, s'ils sont décelables, ne se feront sentir qu'après quarante ou cinquante ans. En revanche, le résultat intermédiaire est dans ce cas rapide à suivre, basé sur l'évolution de l'allaitement naturel dans la population. L'exemple de l'obésité infantile illustre également la possibilité de concilier une efficacité à long terme et le suivi des interventions par des indicateurs intermédiaires (index pondéral).

## **Limites de la santé perçue**

Des travaux menés en France et aux Etats-Unis ont montré que le lien avec la santé « objective » variait avec le niveau social. Une même pathologie dégrade plus la santé perçue des catégories favorisées que celle des autres. Ces mêmes travaux ont montré que ces liens varient selon les pays, ce qui rend complexe l'interprétation des comparaisons internationales.<sup>62</sup> Le risque souligné par ces travaux est donc que l'utilisation de la santé perçue masque les inégalités sociales de santé. Une illustration en est donnée dans les comparaisons internationales publiées ces dernières années. La France se situe à un niveau élevé d'inégalités sociales de santé si la mortalité est l'indicateur utilisé. En revanche, si la santé perçue est l'indicateur de choix, alors les inégalités apparaissent peu marquées dans notre pays<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> Ce dernier indicateur nécessite, au-delà de la mortalité, des données sur l'incapacité en population. Il peut être produit régulièrement, en pratique, à l'aide notamment des données du panel communautaire sur les revenus et les conditions de vie des ménages (« Survey of income and living conditions », SILC), dont les données françaises sont collectées par l'Insee.

<sup>62</sup> Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Lang T, Berkman L. Using self-rated health for analysing social inequalities in health: a risk for underestimating the gap between socioeconomic groups? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009; 63(6): 426-32.

Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Berkman L, Lang T. Do cardiovascular risk factors impact self-rated health equally across social position? *American Journal of Public Health* 2009; 99(7): 1278-84.

<sup>63</sup> Certaines enquêtes proposent de remédier à ces difficultés en faisant évaluer aux enquêtés des cas-types ou « vignettes » afin de reconstituer leurs échelles de jugement et corriger, le cas échéant, leurs déclarations : voir par exemple « Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons » Lardjane S., Dourgnon P., *Economie et Statistique*, n° 403-404, 2007/12, 165-177.

#### 4.2.2 Indicateurs de niveau socio-économique

##### **Indicateurs individuels de niveau socio-économique**

Etablir l'existence et suivre l'évolution d'inégalités sociales de santé, suppose de suivre les indicateurs de santé mais aussi leurs déterminants socio-économiques.

La littérature internationale, montre que l'abord des inégalités sociales ne peut se concevoir que comme multidimensionnel. Ce constat est également celui du groupe de travail sur les inégalités sociales du Conseil national de l'information statistique (Cnis). Ce rapport distingue trois grands aspects des inégalités sociales : un axe monétaire faisant référence aux revenus et au patrimoine des individus, un axe conditions de vie incluant l'habitat, les transports, la zone de résidence et l'accès à l'éducation et un axe travail et emploi.

Dans le domaine de la santé, les mesures traditionnellement développées par les chercheurs sont concordantes avec ces analyses. Les travaux sur les inégalités sociales de santé utilisent trois types d'indicateurs, explorant les revenus, le niveau d'études et le travail. Les chercheurs ont souvent utilisé le revenu du travail dans leurs analyses pour des raisons pragmatiques d'accessibilité. Les travaux liant état de santé et patrimoine sont beaucoup plus rares.

Parmi les conditions de vie, c'est le niveau d'étude qui est le plus souvent pris en compte. Sa disponibilité, son accessibilité et la possibilité de comparaisons internationales sont des atouts précieux. Une limite de cet indicateur est l'évolution dans le temps de la signification des diplômes. Etre diplômé du baccalauréat n'a pas la même signification en 2009 que dans les années 50.

La troisième référence à partir de laquelle des études ont été menées concerne le domaine du travail et de l'emploi. Outre les effets propres du chômage, la position sociale a été traditionnellement analysée en utilisant la nomenclature de l'Insee sur les professions et les catégories socioprofessionnelles (PCS). On sait qu'à l'heure actuelle le débat sur l'évolution de cette nomenclature n'est pas encore totalement tranché. En effet, l'évaluation de la catégorie sociale et d'emploi nécessite une harmonisation européenne. Ces évolutions amèneront sans doute à rediscuter l'utilisation des PCS dans l'avenir et devraient idéalement permettre une correspondance entre la nomenclature française et les nomenclatures internationales (notamment avec la classification de Goldthorpe).

##### **Indicateurs agrégés de niveau socio-économique**

En l'absence de données individuelles, des données agrégées au niveau géographique peuvent être précieuses dans un objectif de surveillance et de recherche. Ces données géographiques sont d'autant plus pertinentes qu'elles rencontrent la demande politique d'informations fines au niveau géographique sur les liens entre état de santé et environnement socioéconomique, ceci dans le but de développer des interventions et des politiques territoriales.

Les relations entre inégalités sociales et territoires sont multiples. Une variabilité importante de la répartition des catégories sociales au sein d'un territoire est constatée quel que soit le niveau territorial considéré, régional, départemental et dans une certaine mesure communal.



L'implantation différentielle des populations selon leur catégorie sociale résulte de processus complexes et imbriqués, de choix individuels ou de choix politiques qui ont contribué au cours des dernières décennies à une partition marquée des territoires. Elle dépend des politiques d'urbanisation et d'aménagement, qu'elles soient territoriales ou supra territoriales.

Elle dépend aussi naturellement des capacités individuelles économiques, notamment pour l'accessibilité au logement. Il en résulte une double ségrégation spatiale, compositionnelle et contextuelle des populations dans les territoires et une « double » inégalité sociale de santé.

Dès lors, la caractérisation et la typologie des quartiers en fonction de leur organisation et de leur aménagement deviennent un enjeu primordial pour identifier d'une part (surveillance) et comprendre d'autre part (recherche), les inégalités sociales de santé au niveau des territoires et leurs déterminants. Les systèmes d'information géographiques sont des outils susceptibles de contribuer à cette connaissance.

L'existence d'une réelle demande nécessite de réfléchir au développement d'indicateurs géographiques permettant de caractériser les territoires. Les premiers travaux ont été menés en Grande-Bretagne dans les années 70, avec en particulier le développement des indicateurs de Carstairs et de Townsend. Ces indicateurs sont basés sur la proportion de chômeurs et d'ouvriers dans la zone géographique ou encore le pourcentage d'habitants possédant une voiture.

En France, il n'existe pas de consensus sur de tels indicateurs. Depuis quelques années, la nécessité de disposer d'indicateurs territoriaux a amené plusieurs équipes françaises à travailler sur des indicateurs synthétiques développés au niveau de l'Iris (Ilots regroupés pour l'information statistique) qui, schématiquement, comprennent l'ensemble des communes inférieures à 5000 habitants et permettent de découper en zones fines la totalité des communes au-delà de 10 000 habitants et la plupart de celles entre 5 et 10 000.

La logique de développement de ces travaux est aujourd'hui essentiellement statistique, validée par rapport aux prédictions que ces indicateurs permettent sur la mortalité et d'autres indicateurs de santé. Les difficultés soulevées sont d'obtenir des indicateurs valides sur l'ensemble du territoire. Par exemple, la possession d'une voiture n'a pas la même signification au centre de Paris et en zone rurale. Ces indicateurs géographiques devraient en outre pouvoir permettre des comparaisons européennes. L'utilisation d'indicateurs synthétiques pose la question de repérer les mécanismes à l'œuvre.

Ces indicateurs géographiques ont donc essentiellement une fonction de surveillance et d'alerte, premier pas vers la mise en place d'interventions publiques basées sur les mécanismes.

Il semble indispensable qu'ils aient une signification pour les habitants et qu'ils entrent dans le choix des indicateurs de développement durable.

C'est dire qu'une coordination reste à faire entre d'une part les travaux des équipes de recherche, pas toujours connectées aux travaux européens, et d'autre part les réflexions menées dans le cadre de l'aménagement du territoire (DIACT notamment, mais aussi la DIV) ou encore entre les citoyens et les élus (dans le cadre des initiatives Agenda 21 par exemple).

Si l'on disposait de tels indicateurs géographiques, **le géocodage des bases de données** administratives serait alors un élément précieux pour répondre aux questions d'accès primaire et secondaire aux soins.

**Indicateurs : entre besoins territoriaux spécifiques et comparabilité internationale.**

On voit ainsi apparaître un double besoin, celui d'indicateurs ayant une signification localement, avec des spécificités territoriales et permettant également des comparaisons nationales, voire européennes. Le groupe de travail du Cnis a proposé de mettre au point des indicateurs comparables nationalement et de mettre en ligne des données primaires, disponibles pour les collectivités territoriales. Cet accès aux données primaires s'accompagne de notices d'information sur la production et l'origine de ces données, ainsi que d'une aide en ligne pour en faciliter l'analyse.

## **5 - Interventions et politiques publiques pour réduire les inégalités sociales de santé**

Comme cela a été noté, les inégalités sociales de santé sont présentes dans de nombreux pays. Une partie d'entre eux a fait le choix de les réduire. Il s'agit d'un choix politique impliquant une action durable et constante dont l'ensemble des rapports et bilans d'expériences étrangères souligne l'ampleur.

Les interventions politiques à articuler font coexister mesures de court terme, à effet rapide, évaluables sur quelques années et mesures de long terme, de l'ordre d'une ou plusieurs décennies.

### **5.1 - Bilan de l'expérience française**

L'expérience française est marquée par l'absence de politique explicite sur les inégalités sociales de santé, bien que plusieurs dispositifs de nos institutions sociales, parfois exemplaires, aient probablement eu pour conséquence de les limiter. Les initiatives, nombreuses, qui se sont donné cet objectif, se sont focalisées sur les populations exclues et vulnérables, souvent sur l'accès aux soins et souffrent d'un manque d'évaluation.

#### *5.1.1 - Des politiques publiques contributives à la réduction des inégalités sociales de santé sans y être explicitement liées*

Plusieurs politiques publiques ont eu pour effet probable la réduction des inégalités sociales de santé, mais elles n'ont pas été identifiées comme telles et n'avaient pas cet objectif explicite<sup>64</sup>.

#### **Assurance maladie**

Depuis la deuxième guerre mondiale, l'idée que le système de santé devrait être accessible à tous, avec un remboursement de dépenses par un système national d'assurance maladie a été largement acceptée et le débat s'est focalisé sur le niveau de remboursement. En 1945, lors de la généralisation de ce système de protection sociale, l'objectif était de réduire les incertitudes de l'existence et d'assurer la sécurité et la protection des travailleurs et de leurs familles contre les risques qui pourraient réduire ou supprimer leur capacité à assurer leur survie. L'accès aux soins, la prévention et la réduction des accidents du travail faisaient partie de cet objectif. Mais le contraste entre ces principes généraux et la réalité de l'accès aux soins, n'a pas été exploré. Ce système d'Assurance maladie a pourtant sans doute fortement contribué à limiter les inégalités.

#### **Médecine du travail**

La médecine du travail est le deuxième exemple d'institution dont le but explicite n'est certainement pas de réduire les inégalités sociales de santé, mais dont le rôle a été et est encore important dans cet objectif de santé publique.

Selon les ordonnances de 1946, la médecine du travail est exclusivement préventive

---

<sup>64</sup> Lang T, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Leclerc A. National experiences: France In National experiences : France. in Reducing Inequalities in health : A European perspective. Mackenbach JP, Bakker M Eds. Routledge Publishers, Londres, 2002.

et vise à une approche nouvelle de la santé, notamment par des interventions sur les conditions de travail. Dans la mesure où de très nombreux risques sont plus fréquents chez les travailleurs manuels que dans les autres catégories sociales<sup>65</sup>, une hypothèse raisonnable est qu'en l'absence de cette organisation, les inégalités sociales de santé auraient pu être plus importantes.

### **Les politiques publiques en faveur de l'enfance**

Les politiques publiques de la protection de l'enfance bénéficient de leur ancienneté et d'une image favorable : la protection maternelle et infantile (PMI) a été créée en 1945 pour tous les enfants de moins de 6 ans et le premier Plan de périnatalité ainsi que les examens de santé périodiques ont été instaurés en 1970. Le Haut comité de la santé publique concluait en 1997 dans son rapport « La santé en France » : «*La bonne couverture du territoire en service de PMI, la qualité des services, la dynamique donnée à la prise en charge de la mère et du nouveau-né par le programme de périnatalité,...*, expliquent les progrès accomplis dans le domaine de la périnatalité ». Le Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale (Cerc) souligne le rôle de la PMI dans la réduction des inégalités<sup>66</sup>. Toutefois, dès 2003, l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (Odas) signalait la faiblesse spécifique des démarches de prévention<sup>67</sup>.

Toutes les politiques qui ont favorisé l'accès à l'éducation, les politiques locales et territoriales d'amélioration de l'habitat (suppression des bidonvilles dans les années 60, par exemple) ont amélioré les conditions de vie des populations les plus défavorisées, avec un impact probable sur leur état de santé, qu'il est difficile de mesurer.

#### **5.1.2 - Des expériences spécifiques**

Un ensemble très vivant d'expériences régionales, territoriales et locales échappe à tout bilan pour au moins deux raisons. Leur existence et leur contenu sont méconnus en l'absence d'une culture de l'écriture et d'une culture de l'évaluation.

Nous prendrons quelques exemples de ces expériences, dont il sera malheureusement difficile de tirer un enseignement.

### **De multiples expériences locales et régionales**

De nombreux dispositifs locaux<sup>68</sup> de santé ont récemment vu le jour. Leur objectif est d'impulser une politique de santé publique et d'accès aux soins à partir des besoins identifiés de la population située sur un territoire donné, le plus souvent ville ou quartier.

---

<sup>65</sup> Par exemple on estime que 5 % des cancers sont d'origine professionnelle ; avec la même méthode de calcul ce pourcentage est estimé à 20 % chez les travailleurs manuels. Haut comité de la santé publique. La santé en France 1994-98. Paris, La Documentation française.

<sup>66</sup> Les enfants pauvres en France. Rapport n°4, 2004.

<sup>67</sup> La décentralisation de l'action sociale. Bilan et Perspectives. Rapport février 2003.

<sup>68</sup> De nombreux dispositifs, répartis sur le territoire national existent tels que les Ateliers santé villes, les Villes santé OMS, les Agendas 21 locaux, d'autres dispositifs *ad hoc* sont mis en place spécifiquement dans les régions, ainsi en Ile-de-France, le projet Antessys de l'Urcam qui concernent quatre territoires, les projets médicaux de territoires....

Si les aspects de cohésion sociale et de solidarité y sont fréquemment évoqués, ceux des inégalités de santé ne le sont pas de façon explicite. L'identification de ces besoins est réalisée à partir d'un diagnostic de santé « partagé » par les différents acteurs territoriaux. Ces diagnostics sont toujours difficiles à réaliser en raison de la dispersion et du manque des données sanitaires disponibles à un niveau géographique fin. Ils sont très hétérogènes en qualité et les collectivités territoriales qui les réalisent très demandeuses d'aide méthodologique. Malgré tout, ces diagnostics aboutissent le plus souvent à l'identification des inégalités territoriales de santé. L'originalité de ces dispositifs, est qu'ils s'inscrivent dans des politiques de territoires portés par des communes et des Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI)<sup>69</sup> qui n'ont que peu de compétences en santé<sup>70</sup>. Ils appréhendent la santé de façon transversale et articulée, idéalement avec les autres politiques d'aménagement du territoire. Ces dispositifs, parce qu'ils peuvent mettre en lumière les aspects contextuels des inégalités sociales de santé et donc à terme proposer des actions visant à leurs réduction tant par des politiques d'aménagement que par des politiques de prévention et d'actions de santé publique, sont particulièrement intéressants. Issus d'une politique contractuelle entre l'Etat et la région, les Ateliers santé ville, volets santé adossés au CUCS (Contrat urbain de cohésion sociale), mis en place dans le cadre de la politique de la ville, constituent l'essentiel des dispositifs urbains<sup>71</sup> (voir infra). Ils offrent un outil aux collectivités territoriales, aux élus et aux usagers permettant de s'approprier des thématiques de santé. D'autres dispositifs existent comme le réseau des Villes-santé OMS (67 villes et deux communautés d'agglomération en France). Les villes peuvent adhérer volontairement à leur charte qui se fonde sur une appréhension positive et très large de la santé. D'autres dispositifs globaux tels que les Agendas 21 locaux intègrent les politiques de santé dans une logique de territoires.

Dans les zones rurales que les inégalités sociales de santé n'épargnent pas, il n'existe que peu de dispositifs similaires<sup>72</sup>. Pour intéressants qu'ils soient, ces dispositifs urbains et moins souvent ruraux, très hétérogènes dans leurs diagnostics et mises en œuvre, sont fragiles de par leurs financements<sup>73</sup> et leurs impacts sont peu ou pas évalués. Pour peu qu'ils soient soutenus, ils pourraient constituer des relais territoriaux intéressants des politiques de santé publique et contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé, notamment dans le cadre de la mise en place des Agences régionales de santé (ARS).

De très nombreuses initiatives, le plus souvent associatives, témoignent d'une mobilisation active et innovante.

---

<sup>69</sup> Etablissement public de coopération intercommunale, telles que les Communautés de communes ou Communautés d'agglomérations.

<sup>70</sup> Par exemple les compétences d'hygiène publique des communes ou la loi d'orientation pour l'aménagement durable du territoire du 25 juin 1999 garantissant « l'égalité des chances entre citoyens » notamment « dans le domaine de la santé »

<sup>71</sup> Résultats de l'enquête Kynos sur les Ateliers santé ville au 31 décembre 2008, Acsé (Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances) juin 2009.

<sup>72</sup> En zone rurale, des projets territoriaux de développement sanitaire et social soutenus par le comité interministériel pour l'aménagement et le développement des territoires

<sup>73</sup> Selon l'étude Kynos publiée sur le site de l'Acsé en juin 2009, les plus de 230 Ateliers santé ville présents sur le territoire national disposent de financement moyens de 62 000 euros par ASV, un quart d'entre eux en Ile-de-France. Trois principales sources les financent : l'Acsé (Agence nationale de l'égalité des chances et de la cohésion sociale) 45 %, 35 % villes ou EPCI et 10% les GRSP faisant le lien avec les politiques de santé publique et des priorités mises en œuvre dans le cadre du PRSP.

Dans un récent colloque organisé par l'Inpes<sup>74</sup>, ont été rapportées des interventions pour faciliter l'accès aux soins des migrants, ou augmenter le dépistage du cancer du sein, avec des équipes formées et des visiteurs de santé publique, des ateliers santé pour les communautés gitanes, des démarches communautaires visant les ressources individuelles, l'environnement social et politique local... Ces multiples expériences locales et territoriales témoignent de la vitalité et de l'inventivité des acteurs, mais elles restent mal connues et peu évaluées<sup>75</sup>, ce qui limite considérablement l'apport d'expérience pour les autres équipes désireuses de débiter des programmes similaires. On peut noter en outre que ces expériences portent principalement sur les populations précaires et l'amélioration de l'accès aux soins.

#### **Les Ateliers santé ville**

Il existe en France environ 300 Ateliers santé ville. Ce dispositif paraît intéressant, en ce sens qu'il introduit une réflexion sur les problèmes de la santé dans le cadre de la politique générale de la ville et témoigne incontestablement d'une implication des élus autour de la santé. Il permet un débat sur le lien entre les données statistiques sanitaires et ce qu'expriment les personnes impliquées. Parmi les problématiques de santé qui ressortent des premiers Ateliers santé ville, on peut retenir la notion d'accès aux soins lié à l'enclavement des quartiers, les souffrances psychiques des jeunes et enfin la prévention.

Il y a un risque de ne pas considérer l'intérêt d'un tel dispositif faute de données statistiques permettant de l'évaluer.

## **5.2 - Les expériences étrangères**

Le retard français en matière de réduction des inégalités sociales de santé fait du bilan des expériences étrangères un exercice particulièrement pertinent. C'est aussi un exercice difficile lorsqu'il s'agit de faire la preuve de l'efficacité d'interventions ou de politiques publiques de réduction de ces inégalités.

Du point de vue d'une santé publique « fondée sur les preuves », le bilan souffre d'absence de registres d'essais, comme en médecine clinique, d'une multiplicité d'approches et surtout des délais considérables entre les interventions et leur efficacité sur la santé. Les évaluations de type épidémiologique ne portent que sur des durées limitées de quelques années. C'est l'efficacité à long terme des politiques publiques qu'il s'agit d'interroger. Outre la rareté de telles évaluations, force est de reconnaître que la mise en place de telles politiques de réduction des inégalités sociales de santé évolue au fil des orientations gouvernementales et des élections successives<sup>76</sup>.

En résumé, la richesse des expériences menées ou en cours dans le monde contraste avec le manque d'outils pour évaluer l'efficacité et donc la force des recommandations.

---

<sup>74</sup> Paris, Mars 2008.

<sup>75</sup> Expériences rapportées dans : La Santé de l'Homme. 2008, No 397.

<sup>76</sup> Cf. audition de G Costa à propos des initiatives en Italie.

Nous proposerons donc un bilan de synthèse général sur les expériences menées en Europe, puis nous présenterons, sans volonté d'être exhaustif, des approches originales développées dans quelques pays qui ont le plus avancé dans ce domaine, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, la Suède et la Norvège.

### *5.2.1 - Le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé*

A l'automne 2008, le rapport « Closing the gap in a generation, health equity through action on the social determinants of health » qui présente le travail collectif de la Commission des déterminants sociaux de la santé à l'OMS, présidée par Michael Marmot<sup>77</sup>, est passé relativement inaperçu en France. La Commission appelle, sources scientifiques à l'appui, à combler en une génération le fossé existant entre les différents échelons de la société, en agissant partout dans le monde sur les déterminants sociaux de la santé. Le peu d'écho de ce document en France peut tenir à ce que la commission ne comportait, parmi ses 19 membres, aucun Français. Cela n'est probablement pas un hasard, mais plutôt le reflet de faiblesses de compétences mobilisables dans notre pays en santé publique à l'interface des domaines scientifique et politique.

Le rapport relève quelques caractéristiques communes aux pays qui ont obtenu un niveau de santé élevé compte tenu de leurs revenus :

- engagement historique sur la santé comme un objectif social important ;
- orientation vers le bien-être et la sécurité sociale dans le développement ;
- participation des communautés aux processus de décision concernant la santé ;
- couverture universelle des soins de santé pour tous les groupes sociaux ;
- approche intersectorielle en faveur de la santé.

Le contenu du rapport de l'OMS fait le lien entre production scientifique et recommandations politiques, en se basant sur l'expérience acquise dans quelques pays que l'on peut considérer comme à l'avant-garde dans ce domaine.

Trois principes d'action structurent les recommandations du rapport de l'OMS :

- améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ;
- lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes ;
- mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion à ces questions.

L'impact d'investissements concernant les enfants dès le début de la vie est un point essentiel, car c'est à cet âge que se jouent l'accès à l'éducation, à la qualification et la santé plus tard dans la vie. Le rôle de l'accès à l'emploi et des conditions de travail, ainsi que celui du logement et des transports sont soulignés.

---

<sup>77</sup> Closing the gap in one generation. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008. p33.

En accord avec les études qui ont montré le rôle protecteur des réseaux sociaux, du soutien social, et du contrôle sur sa vie, les citoyens sont encouragés à participer activement aux décisions concernant la santé. La question des changements de comportements, alimentaires ou autres, ne se réduit pas à une approche individuelle et à l'éducation à la santé. Le coût des aliments, le rôle de l'industrie et de la distribution, la restauration collective, la publicité, les mesures législatives, tous ces aspects ont leur place. Le rapport insiste donc sur la question clé de l'approche intersectorielle de la lutte contre les inégalités de santé.

Une des recommandations est très précise : faire de la santé et de l'équité en santé des préoccupations de l'ensemble du gouvernement, en incluant l'équité en santé dans ses critères de performance.

Le rapport rappelle l'importance des systèmes d'observation de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé, aux niveaux local, national et international. Il insiste également sur le rôle de la recherche et sur la formation des acteurs sociaux, des politiques, des décideurs, des financeurs et des professionnels de la santé. Il met sur un pied d'égalité, parmi les acteurs, les institutions de recherche, la société civile, le secteur privé, les organismes multilatéraux, dont l'OMS, et les gouvernements nationaux et locaux.

Les médecins et les autres professionnels de santé sont aussi des leaders d'opinion, qui influencent les conceptions et les représentations de la santé. Cela est une raison supplémentaire pour accorder de l'importance à la formation des professionnels de santé sur le rôle des déterminants sociaux. Leur engagement est en effet nécessaire pour que la santé soit considérée comme relevant moins exclusivement de la biologie et de la médecine.

### *5.2.2 - Bilan général des expériences en Europe*

L'expérience européenne se caractérise avant tout par sa richesse, mais aussi par sa diversité. Les options nationales adoptées se distinguent par les populations visées, les déterminants de la santé concernés, les cibles et objectifs annoncés et enfin l'organisation des responsabilités dans les programmes mis en œuvre<sup>78,79,80</sup>.

Trois grandes options distinguent les politiques selon les populations vers lesquelles elles sont orientées prioritairement. L'effort principal porte souvent sur les populations les plus désavantagées et marginales (comme au Danemark, en Italie, aux Pays-Bas). D'autres pays mettent l'accent sur la réduction des écarts entre les plus riches et les plus pauvres (Grande-Bretagne, Suède, Finlande). La Norvège est à ce jour le seul pays qui se fixe comme objectif de réduire le gradient social des inégalités sociales de santé.

---

<sup>78</sup> K Judge, S Platt, C Costongs, K Jurczak. Health inequalities: A challenge for Europe. UK Presidency of the EU, 2005.

<sup>79</sup> Tackling health inequalities in Europe: An integrated Approach. Eurothine. Final report. Dept Public Health. Rotterdam. 2007.

<sup>80</sup> Données présentées par G Costa (mai 2008).



Une grande diversité est notée sur les déterminants concernés. Parmi les documents de politiques publiques de santé, peu sont consacrés à des déterminants hors du secteur de la santé (éducation, travail, emploi, environnement), sauf en Grande-Bretagne et en Suède. L'accent est mis sur les comportements, comme aux Pays-Bas, ou sur un ensemble de déterminants sociaux et de comportements, comme en Norvège. Certains pays se fixent des objectifs en termes de résultats sanitaires, en sus des déterminants (Finlande, Danemark). Les interventions dans l'enfance et notamment sur les enfants de moins de cinq ans sont fréquemment avancées<sup>81</sup>.

Les approches par cibles et objectifs dessinent trois grands groupes de pays. Les pays qui se fixent des objectifs spécifiques par pathologies sont rarement orientés vers la réduction des inégalités, la France en est un exemple. Un deuxième groupe, pour réduire les inégalités sociales, cible les groupes marginalisés voire exclus (Pays-Bas). Un dernier groupe privilégie des approches par zones défavorisées (GB, Suède).

Les responsabilités de mise en place des politiques sont le plus souvent situées au niveau régional et local (Grande-Bretagne, Danemark, Suède, Pays-Bas, Italie, Espagne). En complément, une responsabilité nationale spécifique existe en Grande-Bretagne. Dans la plupart des pays existent des agences responsables du suivi et de la diffusion des bonnes pratiques. Un processus de suivi des évolutions des politiques est organisé en Suède, aux Pays-Bas, en Finlande et en Grande-Bretagne.

Des exemples concrets de ces divers choix seront donnés dans le chapitre suivant.

---

<sup>81</sup> Closing the gap in one generation. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008. p 52-4

### 5.2.3 Quelques exemples spécifiques en Europe

#### L'Union Européenne

L'Union Européenne s'est engagée dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Le programme de santé publique de l'UE (2008 - 2013) met l'accent sur les inégalités de santé et les déterminants sociaux de la santé. Il souligne l'importance des déterminants de la santé liés au mode de vie ainsi que des déterminants sociaux et environnementaux<sup>82</sup>.

La stratégie de Lisbonne (2000 - 2010), objectif politique global de l'UE, a intégré les années de vie en bonne santé comme l'un des 50 indicateurs structurés clé de suivi de sa mise en œuvre.

Le projet DETERMINE complète le travail de la commission sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008). Cette initiative est un consortium de l'UE pour l'action sur les déterminants sociaux économiques de la santé et a été financé dans le cadre du programme pour la santé publique.

#### La Norvège

##### **Le rapport du ministère de la santé norvégien<sup>83</sup>**

Introduction du rapport

*« Le gouvernement croit que le travail nécessaire en santé publique doit être basé sur le fait que la société assume une plus grande responsabilité vis-à-vis de la santé de la population. Chaque personne est responsable de sa santé, et il est important de respecter le droit des personnes à contrôler et maîtriser leur propre vie. Cependant la sphère de l'action individuelle est limitée par des facteurs qui échappent à son contrôle. Même les choix de style de vie comme le tabac, l'activité physique et la nutrition sont très influencés par le contexte socio-économique, qui n'est pas choisi par l'individu. Aussi longtemps que des inégalités de santé seront dues à des inégalités dans la façon dont la société distribue les ressources, alors il est de la responsabilité de la communauté d'agir pour rendre la distribution plus juste. »*

---

<sup>82</sup> Communication de la Commission des communautés européennes au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions. Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne. (2009).

<sup>83</sup> Norwegian Ministry of Health and Care Services. National strategy to reduce social inequalities in health. Report No 20 (2006-2007) to the Storting. 9 février 2007.

Le plan norvégien de réduction des inégalités sociales de santé est articulé autour de quatre priorités.

1) Réduire les inégalités sociales qui contribuent aux inégalités sociales de santé.

Les circonstances sociales très tôt dans la vie et dans l'enfance constituent une période sensible de la vie. Les interventions pour atteindre un accès égal à l'éducation et au travail sont le meilleur investissement qu'une société puisse faire pour réduire les inégalités sociales de santé. En accord avec cette analyse, des stratégies présentées visent à réduire les inégalités sociales de revenus, de conditions de vie dans l'enfance et de travail. Parmi les instruments des politiques publiques figure la fiscalité. Ce chapitre souligne l'importance de la législation en matière de conditions de travail. Pour assurer aux enfants des chances de développement égales, le rôle de l'école maternelle est souligné. Le rapport indique que des enfants qui ont accès à une bonne école maternelle réussissent mieux leurs études. Il souligne que fournir de bonnes opportunités dans l'éducation et le travail peut aider à réduire les impacts négatifs de mauvaises conditions de vie durant l'enfance. Les investissements continus dans le système des maternelles forment une pierre angulaire du travail du gouvernement pour réduire les inégalités sociales de santé.

2) La deuxième priorité est de réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine des comportements et de l'utilisation des services de santé.

L'analyse attire l'attention sur la nécessité de prendre en compte les causes sous-jacentes et structurelles des comportements, de façon à encourager les modes de vie plus sains. Les politiques publiques influençant les coûts et la disponibilité des produits ont un rôle central. Le rapport insiste sur la nécessité d'analyser de façon précise dans quelle mesure le service de santé norvégien a pour effet de réduire ou au contraire d'aggraver les inégalités sociales de santé.

3) La troisième priorité concerne les actions ciblées pour promouvoir l'inclusion sociale.

L'analyse souligne la responsabilité qu'a la société d'inclure des personnes qui sont à risque d'être exclus de l'éducation, du travail et d'autres scènes importantes de la vie publique. La stratégie consiste à implémenter des services et des dispositifs destinés à l'individu, en prenant en compte ses besoins spécifiques. Il s'agit d'une approche orientée vers l'utilisateur, mettant en cause le travail, les écoles, les services sociaux et sanitaires.

4) La quatrième priorité consiste à développer les connaissances et les dispositifs intersectoriels. L'analyse est ici que les inégalités sociales de santé sont très liées aux inégalités sociales dans les autres domaines de la vie. Les efforts doivent donc concerner l'ensemble des secteurs de la vie. Il importe également de suivre les progrès en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Il s'agit d'inclure des instruments politiques pour accroître la connaissance et sensibiliser l'ensemble des secteurs sociaux aux inégalités sociales. L'évaluation de l'impact des politiques sur la santé est annoncée comme un outil important permettant d'atteindre ces objectifs.

## Les Pays-Bas

Aux Pays-Bas, une stratégie nationale pour aborder les inégalités de santé est en cours

Les Pays-Bas se sont fixés depuis de nombreuses années un objectif de réduction des inégalités sociales de santé<sup>84</sup>. Concrètement l'objectif est de réduire celles-ci de 25 % d'ici 2020.

Quatre stratégies énoncées d'une manière générale puis traduites en vingt-six recommandations spécifiques, auxquelles sont accolées des indicateurs de réussite, ont été proposées pour atteindre cet objectif :

- réduire les inégalités dans les domaines de l'éducation, du revenu et des autres facteurs socio-économiques ;
- réduire les effets négatifs des problèmes de santé sur le statut socio-économique ;
- réduire les effets négatifs du statut socio-économique sur les problèmes de santé ;
- améliorer l'accès et l'efficacité des services de santé dans les groupes sociaux économiquement désavantagés.

Après une première phase de recherche, le gouvernement néerlandais a décidé de financer des interventions sur la base des recommandations proposées en 1994. Un programme d'une durée de six ans a été ainsi construit. Douze interventions ont été mises en place à partir de 1997, la plupart étant basées sur un protocole expérimental ou quasi expérimental avec un groupe contrôle. Leurs objectifs étaient d'agir sur des facteurs relativement explicites et faciles à atteindre.

Des résultats positifs ont été observés sur plus de la moitié de ces interventions parmi lesquelles on peut noter : un programme intégré en prévention du tabagisme chez les écoliers ; un programme de brossage des dents dans les écoles primaires ; l'amélioration des conditions de travail pour les maçons et les éboueurs ; la formation de réseaux de soins locaux ; l'éducation par les pairs des patients diabétiques d'origine turque et enfin l'introduction de la pratique infirmière pour les patients asthmatiques et souffrant de maladies pulmonaires actives chroniques.

Le bilan de ce programme est nuancé, avec des évaluations positives mais sur des thèmes limités, parcellaires et sur des périodes relativement courtes. Il faut noter également de la part des chercheurs néerlandais, un appel à une contribution internationale sur un sujet aussi difficile que d'évaluer les meilleures stratégies de réduction des inégalités sociales de santé<sup>85</sup>.

---

<sup>84</sup> In National experiences: France. In Reducing Inequalities in health: A European perspective. Mackenbach JP, Bakker M Ed. Routledge Publishers, Londres, 2002.

<sup>85</sup> NL Stronks K, Mackenbach JP. Evaluating the effects of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch program. European Journal of Public Health 2006; 16: 346–53.

## L'Angleterre

L'Angleterre se distingue par la mise en place de stratégies à long terme<sup>86</sup>. Le programme d'action pour aborder les inégalités de santé établit un plan intergouvernemental à l'échelle nationale, mené par douze départements du gouvernement. La stratégie adoptée ne consiste pas en une liste d'interventions mais de domaines dans lesquels les autorités se proposent d'agir.

Il est souligné que les données probantes sont issues d'interventions visant un seul facteur de risque, mais que celles visant des déterminants plus complexes sont rares.

Les plans ont ainsi impliqué l'ensemble des ministères anglais dans la réduction des inégalités. Un ensemble d'objectifs, allant de mesures fiscales à l'emploi à la réduction du tabagisme ont été mis en œuvre. Les ministères des transports, de la culture et de l'éducation ont été partie prenante d'une stratégie devenue nationale (et non plus seulement soutenue par le seul ministère de la santé).

Le programme publié en 2003 : « Health inequalities: a program for action » est l'exemple d'un programme ambitieux, qui articule différents thèmes, différents principes d'intervention et différents délais attendus d'efficacité (voir Annexe A).

Les cibles de ce programme sont clairement indiquées :

- réduire les différences de mortalité infantile entre les travailleurs manuels et la population générale de 10 % d'ici 2010<sup>87</sup> ;
- réduire les différences d'espérance de vie à la naissance entre le quartile inférieur des zones défavorisées et la moyenne nationale.

Ce programme est remarquable par son inscription dans le temps et la cohérence des actions proposées. Il est organisé selon des principes, des thèmes et des délais. L'ensemble du programme forme donc un tout cohérent, avec **des mesures qui se complètent, placée chacune au croisement d'un principe, d'un délai et d'un thème.** (Voir Annexe A)

► Principes d'intervention

prévenir l'aggravation des inégalités ;

- intervenir sur l'ensemble de la population, lors d'action « universelles » ;
- cibler certaines populations ;
- efforts menés au niveau national ;
- actions menées au niveau local.

---

<sup>86</sup> Tackling health inequalities: a programme for action. Department of Health.(2003).

[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4008268](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008268)

<sup>87</sup> O'Down A. Health inequalities target will be met, claims Health Secretary. British Medical Journal 2008; 337: a2666.

► Délais d'action

- cibles à court terme évaluées en 2010 ;
- réductions à long terme évaluées en 2030.

► Thèmes d'intervention

- soutenir les familles, les mères et les enfants par des programmes allant des crèches pour les jeunes enfants aux centres pour les adolescents ;
- double engagement des communautés et des individus dans les changements de comportement, avec par exemple dans le même programme, des objectifs, d'amélioration de l'habitat et l'augmentation de la participation des consommateurs de drogue à des programmes sevrage ;
- prévention des maladies et augmentation de la délivrance de traitement et de soins efficaces ;
- volet général qui porte sur les déterminants sous-jacents de la santé, impliquant une coordination des différents ministères.

La nécessité de politiques durables est illustrée par les évolutions récentes notées en Angleterre. Le programme pour l'action, destiné à lutter contre les inégalités de santé, publié en 2003 fixait un objectif pour la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance en 2010. En 2008, les données statistiques montraient cependant une accentuation des inégalités selon le niveau d'études et de revenus.

## La Finlande

Cet exemple est intéressant sur les possibilités d'intervention en **période de crise**.

La Finlande<sup>88</sup>, comme la Suède, a réussi à maintenir et à contenir les inégalités de santé malgré une récession économique extrêmement brutale en 1994, contrastant avec un développement économique de haut niveau à la fin des années 80. Le maintien des politiques sociales et du système de base malgré les difficultés économiques et l'attention mise à répartir les coupes budgétaires sur l'ensemble de la population et pas seulement sur ceux dont le risque de devenir pauvre était le plus grand a sans doute contribué à ce remarquable effet tampon face à une crise économique très profonde.

En revanche une augmentation récente des inégalités semble apparaître avec le développement de l'économie.

---

<sup>88</sup> Lahelma E *et al.* Income maintenance policies: the example of Finland. In *Reducing Inequalities in health: A European perspective*. Mackenbach JP, Bakker M Ed. Routledge Publishers, Londres, 2002: pp 67-76.

## La Suède

Le programme de santé publique est basé sur l'amélioration des déterminants sociaux de la santé avec des objectifs spécifiques<sup>89,90</sup>, dont les six premiers sont :

Objectifs généraux pour la santé publique

- 1- Participation et influence dans la société
- 2- Sécurité économique et sociale
- 3- Conditions sûres et favorables dans l'enfance et l'adolescence
- 4- Santé au travail
- 5- Environnements et produits sûrs et sains
- 6- Soins de santé qui assurent une promotion plus active de la santé.

## L'Italie

La situation de l'Italie vis-à-vis des objectifs de réduction des inégalités sociales de santé est comparable à celle de la France. La définition des politiques et la mise au point des indicateurs est cependant plus régionale que dans notre pays<sup>91</sup>.

---

<sup>89</sup>Burstrom B *et al.* National experiences. Sweden. In Reducing Inequalities in health: A European perspective. Mackenbach JP, Bakker M Ed. Routledge Publishers, Londres, 2002: pp 274-284.

<sup>90</sup> Source: Swedish National Institute for Public Health 2003: 45.

<sup>91</sup> Costa G *et al.* Italy in Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European Countries. Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M Eds, Swedish National Institute of Public Health 2008.

## 6 - Propositions

### 6.1 - Afficher clairement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé

#### PROPOSITIONS

- 1 ► Insérer dans la loi de santé publique un objectif de réduction des inégalités sociales de santé visant explicitement le gradient social des états de santé
- 2 ► Suivre des indicateurs synthétiques appendus à cet objectif
- 3 ► Intégrer les inégalités sociales de santé dans le suivi des objectifs et indicateurs inscrits dans la loi de santé publique

#### 6.1.1 Proposition 1 - Insérer dans la loi de santé publique un objectif de réduction des inégalités sociales de santé visant explicitement le gradient social des états de santé

La formulation proposée de cet objectif est la suivante, déclinée en un objectif général et les objectifs spécifiques de mise en œuvre :

##### Objectif général

Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

##### Objectifs spécifiques

- réduire le gradient social et territorial des états de santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé ;
- réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins.

#### 6.1.2 Proposition 2 - Suivre des indicateurs synthétiques appendus à cet objectif

Il s'agit de disposer de quelques indicateurs spécifiques pour cet objectif, permettant de suivre sur le long terme les effets des politiques de santé publique et les comparaisons internationales.

Des pays comme la Finlande et les Pays-Bas ont un objectif quantitatif unique sur les inégalités sociales de santé. En revanche l'Irlande et les pays qui composent le Royaume-Uni ont un certain nombre de cibles quantitatives détaillées. D'autres pays, comme l'Italie et l'Espagne, n'ont pas d'objectifs nationaux, mais des objectifs fixés au niveau régional ou local.

Deux limites sont cependant à souligner. Ces indicateurs ne reflèteront que sur le moyen et le long terme les évolutions des inégalités sociales de santé. Leur sensibilité au changement est sans doute assez faible.



Ils ne se conçoivent que comme complémentaires des indicateurs plus fins et plus sensibles au changement que sont les autres indicateurs de la loi de santé publique, basés sur des analyses de procédures (pratiques de dépistage par exemple), de facteurs de risque ou d'indicateurs intermédiaires (hypertension artérielle, obésité...) ou encore de domaines pathologiques susceptibles d'évoluer rapidement après une modification réglementaire ou législative (accidents de la circulation, par exemple).

**Les indicateurs proposés dans ce cadre sont les suivants :**

- Espérance de vie par catégorie socio-économique
- Mortalité prématurée, avant 65 ans, par catégorie socio-économique
- Espérance de vie avec et sans incapacité, par catégorie socio-économique
- Renoncements aux soins pour raison financière, par catégorie socio-économique

Ces indicateurs seront déclinés par zones géographiques, avec une vigilance particulière pour les Départements et Collectivités d'Outre-mer.

Précisons que ces indicateurs ne sont actuellement pas tous disponibles et supposent une évolution du dispositif statistique français, en particulier d'améliorer le recueil des catégories socio-économiques sur les certificats de décès et l'accès à l'Echantillon démographique permanent.

*6.1.3 Proposition 3 - Intégrer les inégalités sociales de santé dans le suivi des objectifs et indicateurs inscrits dans la loi de santé publique*

Comme cela a été évoqué au point précédent, les indicateurs synthétiques sont intégratifs et englobent les effets conjugués de politiques multiples.

Dans un objectif de décision, il est indispensable de suivre les différents indicateurs de la loi par catégories socio-économiques, lorsque cela est pertinent. Ce travail a été effectué, dans toute la mesure du possible lors de l'évaluation des objectifs de la loi de 2004 par le HCSP. Mais cette démarche s'est très souvent heurtée au manque de données.

Suivre l'évolution des dispersions, en se basant sur les écart-types des variables quantitatives, ne suffit pas. La dispersion peut évoluer du fait de l'évolution à l'intérieur d'un même groupe et ne renseigne pas en outre sur les groupes socio-économiques à l'origine de ces évolutions.

## 6.2 - Se donner les moyens de mesurer les évolutions

### PROPOSITIONS

- 4 ► Produire et analyser de façon régulière des données sur les inégalités sociales de santé en France
- 5 ► Développer et assurer la cohérence des productions de données locales, territoriales, régionales et nationales
- 6 ► Développer des indicateurs de mesure de l'accès primaire et secondaire aux soins

#### *6.2.1 Proposition 4 - Produire et analyser de façon régulière des données sur les inégalités sociales de santé en France*

#### **Passer de la recherche et des études à la production régulière de données statistiques.**

Il est impossible de dire que l'on ne dispose pas de données et d'analyses sur les inégalités sociales de santé en France. Un tableau assez complet a été dressé ces dernières années et notamment depuis le rapport du Haut comité de la santé publique en 1994. Mais ce bilan relève d'études, de travaux de recherche ou d'ouvrages qui n'ont rien de régulier ni de systématique. Il est donc temps de produire des informations sur l'état des inégalités sociales de santé avec régularité, comme on le fait pour les évolutions globales de la population française.

Les inégalités sociales de santé étant liées aux inégalités sociales en général, le bilan régulier des inégalités sociales de santé devrait inclure des données sociales et économiques sur les déterminants de santé qui permettent d'expliquer les évolutions de santé constatées (emploi, travail, éducation, habitat...). Le caractère peu sensible des grands indicateurs de santé proposés pour suivre les politiques de santé publique justifie de suivre des indicateurs intermédiaires.

#### **Concrètement**

- Production annuelle des indicateurs appendus à l'objectif de la loi de santé publique (cf. proposition 2).
- Publication, de façon régulière, au minimum tous les cinq ans, d'un rapport de synthèse des données disponibles sur les inégalités sociales de santé.

Cette exigence suppose de mettre en œuvre et **d'adapter à cet objectif deux sources de données** qui pourraient donner lieu à une exploitation et à une publication régulière : les certificats de décès du CépIdc de l'Inserm et l'Echantillon démographique permanent.

### **Les certificats de décès**

Rappelons que les données sur la PCS ne sont plus disponibles pour les décès survenus après 65 ans. Pour suivre les évolutions des inégalités sociales de santé, il est donc impératif de réintroduire la PCS dans les données sur les causes de décès. Il serait important d'introduire un module simple dans l'avis 7bis de l'Insee permettant de collecter une information plus précise sur la PCS (avec en particulier, dans le cas d'un sujet retraité ou inactif, la collecte de son ancienne profession). L'ajout de ce module et le codage des informations correspondantes par l'Insee constitueraient un progrès important et permettraient de conduire des études plus fiables à partir de la base des causes médicales de décès.

En complément de ces données recueillies de façon routinière, un potentiel de modification des systèmes et des données recueillies a été mis au point par le CépIdc de l'Inserm, dans le cadre de la saisie des causes de décès en ligne (transmission électronique des causes de décès). Ce dispositif est susceptible de permettre des études transitoires et un suivi d'indicateurs particulièrement rapide.

L'analyse de **l'Echantillon démographique permanent** a été essentiellement réalisée par des chercheurs jusqu'à l'interruption de l'accès à ces données<sup>92</sup>. Des études ont montré tout l'intérêt de l'EDP pour monitorer l'évolution des inégalités sociales de santé. Ces travaux devraient pouvoir être réalisés de façon systématique, avec des analyses régulières permettant de mesurer l'évolution et devraient apparaître dans le bilan de l'évolution des inégalités sociales de santé en France.

### **Enrichir le contenu des sources de données sur les inégalités sociales de santé.**

Le dispositif statistique français est riche, tant sur les aspects économiques et sociaux que sur les données de santé. Mais ces domaines sont le plus souvent étanches, occultant les liens entre santé et déterminants socio-économiques de la santé. Pour répondre à l'objectif poursuivi, il est indispensable de mieux connecter ces informations.

### **Appariements de bases de données.**

Le Système national d'informations inter régimes d'assurance maladie (Sniram) constitue potentiellement une très importante base de données sur la santé, à exploiter, tant en recherche que de manière systématique et régulière. Les problèmes techniques et juridiques sont actuellement résolus et quasiment l'ensemble des bases de données a été croisé en bilatéral, ouvrant la porte à des systèmes plus larges. Développer les appariements de bases de données dans le système de santé et d'assurance maladie est donc de nature à enrichir considérablement l'étendue des données exploitables.

---

<sup>92</sup> G Menvielle *et al.* Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2008; 33: 289-292.

E Cambois *et al.* La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Population et Société 2008; 441.

Développer le **géocodage des grandes bases de données administratives** est un autre moyen de relier état de santé et environnement socio-économique. Cette opération est à concevoir en parallèle d'un travail de caractérisation socio-économique et culturel des territoires, tel qu'il est mené par plusieurs équipes de recherche actuellement ou par la DIACT.

#### **Introduire des données de santé dans les enquêtes économiques et sociales**

Certaines données de santé devraient être introduites dans les enquêtes économiques et sociales, comme par exemple certaines enquêtes de l'Insee. L'Enquête emploi<sup>93</sup> est un exemple de ces enrichissements possibles.

#### **Préparer un module « social » à insérer dans les enquêtes**

De nombreuses enquêtes ou recueils de données ne comportent aucune donnée socio-économique. Les chercheurs en charge de ces enquêtes ne seraient pas nécessairement opposés à de tels recueils, mais peuvent renoncer devant la difficulté d'élaborer des questionnaires pertinents pour saisir une réalité qui ne leur est pas familière.

Le groupe de travail propose de généraliser le dispositif mis en place à l'ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida), sous réserve de l'évaluation qui doit en être faite dans les mois à venir.

Il s'agit d'un module obligatoire qui doit être inséré dans toutes les enquêtes sur le VIH financées par l'ANRS. Ce module, court, posé par un enquêteur « généraliste » en quelques minutes, comporte des questions sur l'origine géographique, la nationalité, le niveau d'étude, le statut face à l'emploi, la couverture maladie, le support social, le logement, les comportements (alcool, tabac) le poids et la taille.

La généralisation de ce module dans les enquêtes et notamment les cohortes devrait enrichir les connaissances dans des domaines où les chercheurs ne sont pas nécessairement mobilisés sur les questions d'épidémiologie sociale. Il permettrait également des comparaisons entre enquêtes et avec les données nationales ou internationales, pour un effort minimum. Ce module pourrait être inclus dans les cohortes épidémiologiques financées sur fonds publics.

### *6.2.2 Proposition 5 - Développer et assurer la cohérence des productions de données locales, territoriales, régionales et nationales*

La dimension territoriale, locale, régionale est extrêmement importante pour la question des inégalités sociales de santé tant sur le plan de l'analyse des situations et des diagnostics sanitaires que sur le plan des interventions. Comme cela a été souligné, disparités territoriales et sociales sont étroitement liées. Les disparités entre zones géographiques se jouent à des niveaux souvent fins, tels que le quartier, rendant de peu d'intérêt les analyses à des niveaux agrégés plus étendus. Développer les productions de données locales et territoriales, est aussi un enjeu essentiel dans la mesure où une grande partie des interventions sur l'environnement de vie ou la santé se développent à ces niveaux.

---

<sup>93</sup> Réalisée par l'Insee, depuis 1950, l'enquête Emploi est la source statistique qui permet de mesurer le chômage au sens du BIT. Elle fournit aussi des données sur les professions, l'activité des femmes ou des jeunes, la durée du travail, les emplois précaires. Elle permet de mieux cerner la situation des chômeurs et les changements de situation vis à vis du travail.

Depuis 2003, l'enquête Emploi est trimestrielle et sa collecte auprès d'un échantillon de ménages, est réalisée en continu sur toutes les semaines de chaque trimestre.

Le développement du dispositif de santé publique est basé depuis une dizaine d'années sur un modèle fondé sur l'alerte et les urgences, apte à détecter les problèmes qui ont une solution politique rapide. Ce système d'information, conçu pour répondre aux demandes du pouvoir politique en matière de santé publique est centralisé dans la région parisienne<sup>94</sup>, par l'InVS, avec des relais régionaux, les Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), essentiellement chargés de transmettre les signaux d'alerte. Cette centralisation efficace dans le domaine des maladies transmissibles, ne suffit pas pour informer et traiter les inégalités sociales de santé. On peut noter également que cette centralisation du système d'information sanitaire rencontre celle du système de pilotage du système de santé, inscrit dans la loi Hôpital, patients, santé, territoires (loi HPST).

Mettre en œuvre ces propositions suppose de développer la production de données à un échelon géographique fin, de développer un indicateur de défavorisation territorial, au niveau des Iris, d'étendre les extensions régionales de grandes enquêtes et d'assurer la coordination des mesures.

### **Favoriser la production de données à un niveau géographique fin.**

Une forte demande de statistiques de santé à un niveau fin s'exprime notamment auprès des producteurs de données (par exemple pour les données sur les causes de décès à un niveau infra départemental). La réponse est pour le moment réservée ou négative car ces demandes sur des territoires limités posent des problèmes de confidentialité et des problèmes méthodologiques d'analyse liés aux faibles effectifs. Les problèmes à résoudre ne sont pas simples. Une concertation préalable, pourrait être engagée avec les acteurs concernés, pour préciser les besoins, les attentes vis-à-vis des producteurs de données et résoudre les problèmes de confidentialité. Un appel d'offres méthodologique sur la production de données à un niveau géographique fin (par exemple l'Iris) devrait être lancé.

### **Développer un indicateur de déprivation pour suivre le lien entre développement territorial et santé.**

L'ancrage des inégalités sociales de santé dans les territoires renouvelle l'intérêt des approches de type "écologique". Caractériser les territoires par des indices construits à partir de données socio-économiques issues des recensements de population a un triple intérêt. C'est un substitut à des données individuelles lorsqu'elles font défaut. Si elles existent, les nouvelles méthodes d'analyse statistique peuvent faire la part de ce qui revient aux caractéristiques des individus et à ceux des territoires. Enfin, il permettrait de guider et de cibler des interventions au niveau territorial.

Cette approche gagnerait en intérêt si l'on pouvait mener ces analyses à des niveaux géographiques fins tels que les IRIS. Couplé à des données de santé, cet indicateur utilisable en routine pourrait permettre de surveiller les disparités interzonales et fonctionner comme un outil d'alerte.

---

<sup>94</sup> Buton F, Pierru F. "L'importation d'une nouvelle "expertise d'Etat"? L'épidémiologie au service de la santé publique". Communication présentée à la session n°5 "Expertise et science", Bordeaux, 7 septembre 2006, 2ème Congrès de l'Association Française de Sociologie.

Deux défis se posent à propos de cet indicateur :

- avoir une signification générale pour différentes régions, pour des zones urbaines comme rurales ;
- s'intégrer dans une problématique d'intervention alors qu'il s'agit d'un score composite qui pondère des indicateurs relevant d'intervention à différents niveaux : chômage, système de soins, prévention, éducation nationale....

La prise en compte de ce type d'échelles nécessiterait un géocodage préalable du lieu de domicile du sujet décédé par l'Insee. L'introduction du géocodage dans les grandes bases de données administratives relève de la même logique et permettrait des exploitations statistiques riches.

### **Prévoir et faciliter des extensions régionales des grandes enquêtes nationales.**

Ces extensions, sur le modèle de ce qui a été pratiqué pour l'Enquête décennale santé pourraient éclairer la question des inégalités sociales de santé de façon spécifique aux régions. Ces enquêtes pourraient en particulier aider à comprendre la surmortalité infantile, périnatale et la plus faible espérance de vie dans les collectivités d'Outre-mer<sup>95</sup>.

### **Assurer une coordination des mesures régionales pour assurer la cohérence nationale et les comparaisons dans le temps et dans l'espace**

Les propositions précédentes visent à encourager la production de données qui ont un sens pour les acteurs territoriaux et au plus près des collectivités. Dans le même temps, il est nécessaire de maintenir une cohérence du système national afin de permettre des comparaisons dans le temps et entre territoires. Il est donc indispensable de coordonner les dispositifs statistiques territoriaux de telle sorte qu'existe un dénominateur commun pour analyser des tendances nationales et étudier les disparités entre territoires. (A ce sujet, voir la proposition 15)

#### *6.2.3 Proposition 6 - Développer des indicateurs de mesure de l'accès primaire et secondaire aux soins*

Le débat sur l'accès aux soins nécessite de différencier ce qui relève de l'« accès primaire », c'est à dire le premier contact avec le système de soins et ce qui relève de l'« accès secondaire », à savoir la manière dont se déroulent les soins après un premier contact.

Il existe des inégalités notables d'accès primaire aux soins. Si elles sont, notamment, le fait des inégalités de protection sociale, comme tend à le prouver le rattrapage de consommation des soins de spécialistes et de médicaments chez les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle, elles concernent l'ensemble de la population, même si elles sont plus ou moins marquées selon les postes de dépense.

La part des difficultés d'accès secondaire, qui concernent aussi bien l'utilisation que la délivrance des soins, est moins documentée, mais semble bien réelle. Des exemples en ont été montrés pour les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète. Le gradient des soins de prévention, de dépistage dans la population des médecins généralistes ressort également de cette question de l'accès secondaire aux soins.

---

<sup>95</sup> V Halley des Fontaines. Overseas citizen.in Accessing Health Care. Responding to diversity. Healy J, McKee M (eds) Oxford University Press, 2004. 145-157.

Elle est essentielle pour l'organisation de notre système de soins. En effet, l'accès au médecin généraliste est en volume, donc en accès primaire, globalement homogène entre les catégories sociales alors que les résultats des soins ne le sont pas, ce qui pose le problème de l'accès secondaire.

### **Accès primaire aux soins**

Qu'il s'agisse d'enquêtes ou de données supplémentaires recueillies en routine, l'essentiel est la régularité de production de ces informations.

Dans la logique d'une responsabilité de population et non de clientèle, les institutions de soins, seules ou en coopération devraient produire des informations sur l'accès primaire aux soins dans leur région. Les enquêtes nationales (ex : enquête SPS) donnent des informations précises sur le niveau des **renoncements aux soins** et sur les actes pour lesquels ils se produisent, mais il s'agit de disposer d'informations accessibles à des politiques régionales ou territoriales.

Outre les dispositifs spécifiques d'enquête, des coopérations avec les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations humanitaires qui reçoivent les patients exclus pour une raison ou une autre du dispositif de droit commun, pourraient être explorées.

Les inégalités sociales de santé sont explicitement inscrites dans les missions du Plan cancer 2. Il souligne l'importance des inégalités territoriales, notamment au dépend du milieu rural avec un délai d'accès prolongé pour les mammographies, pouvant atteindre 6,5 mois dans certaines régions. Ce délai pourrait être un indicateur précieux de difficultés d'accès aux soins. Il est actuellement indisponible en routine.

**Mesurer le délai d'accès à certains actes techniques** (mammographie, scanner...) pourrait être un des indicateurs d'accès aux soins.

### **Accès secondaire aux soins**

L'accès primaire n'a de sens que si le système est efficace et fonctionne équitablement pour tous. Deux contextes différents doivent être distingués, celui des soins hospitaliers et celui des soins ambulatoires.

### **Les institutions hospitalières**

Le devenir des patients, leur trajectoire ne sont que rarement étudiés après l'admission hospitalière. La recherche d'indicateurs témoignant de prise en charge équitable des patients qui s'adressent à elles est une responsabilité des institutions. Celle-ci est d'autant plus aigüe que le système de tarifications à la pathologie (T2A) pousse à la réduction des durées de séjour. Le fait que la prise en charge des patients de catégories défavorisées représente une charge plus lourde que celle de la majorité des patients est un fait attendu qui a été montré à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Dans ces conditions, deux risques sont à craindre. D'une part, l'évitement *a priori* de tels patients peut compliquer pour eux l'accès primaire aux soins et les renvoyer vers les ONG, d'où nos propositions de coopération avec celles-ci pour monitorer l'accès primaire aux soins.

D'autre part, la réduction de la durée de séjour pourrait avoir des conséquences importantes sur l'état de santé de ces personnes. C'est pourquoi le suivi de l'accès secondaire ne saurait se limiter à l'entrée dans ces institutions.

Un travail mené lors de l'implémentation des *Diagnosis-Related-Groups* aux Etats-Unis, qui préfiguraient la T2A, a montré, par exemple, que l'état de santé de personnes opérées d'une fracture de hanche n'avait pas été altéré après la pression sur la réduction de la durée de séjour. En revanche, un an après la sortie, le pourcentage de personnes capables de marcher et d'être autonomes avait chuté<sup>96</sup>.

Il n'est pas dans nos objectifs de proposer de tels indicateurs, mais on pourrait penser aux possibilités de suivi des réadmissions évitables par catégorie sociale ou par zone géographique, si les bases de données administratives étaient géocodées.

### **Médecine ambulatoire**

Les médecins généralistes ont fondamentalement changé de responsabilité depuis la désignation officielle du médecin traitant. Ils ont désormais en charge des listes de patients et non plus une clientèle de patients qui les consultent.

Leur rôle est donc essentiel, tant en ce qui concerne l'accès primaire aux soins que dans le suivi des trajectoires de soins. L'accroissement de réalisation des actes de prévention inégalement répartis socialement (par exemple le frottis cervical) constituerait un indicateur facile à suivre.

**Compte-tenu de l'importance de ces suivis, notre groupe propose que les indicateurs d'accès primaire et secondaire aux soins soient utilisés par la Haute Autorité de santé pour les certifications d'établissements.**

## **6.3 Mettre en place des interventions et des politiques publiques**

### **PROPOSITIONS**

7 ► Développer et évaluer l'impact *a priori* des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé

8 ► Articuler les politiques de long, moyen terme et de « rattrapage » ; articuler et coordonner politiques nationales et locales

9 ► Former les professionnels de santé et les usagers aux déterminants sociaux de la santé

10 ► Développer la responsabilité des institutions du système de soins et des soignants vis-à-vis de la population

---

<sup>96</sup> Fitzgerald JF *et al.* The care of elderly patients with hip fracture. Changes since Implementation of the Prospective Payment System. *New England Journal of Medicine*. 1988; 319: 1392-7.



### 6.3.1 Proposition 7 - Développer et évaluer l'impact a priori des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé

Le chapitre sur les déterminants de la santé et les inégalités sociales en santé a bien montré leur caractère intersectoriel, depuis les déterminants économiques et sociaux à l'accès aux soins en passant par les comportements. L'échec partiel des politiques de santé, marqué par la persistance des inégalités sociales de santé, montre que certaines conséquences des politiques publiques ont pu contribuer à l'aggravation des inégalités sociales de santé.

Il importe, pour l'avenir, d'anticiper les effets sur la santé et sur les inégalités sociales de santé des décisions politiques qui seront prises.

Cette évaluation de l'impact des décisions est un premier pas vers le développement de politiques intersectorielles. Cette démarche n'est pas nouvelle. Elle est connue dans le domaine de l'environnement. Dans le domaine de la santé, elle a été développée dans de nombreux pays<sup>97</sup> et sa méthodologie complexe a fait l'objet du groupe de travail animé notamment par l'OMS. Au Québec, l'article 54 de la loi sur la santé publique de 2001 donne au ministre de la Santé un rôle de conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Pour toute décision prise par un ministère, quel qu'il soit, son impact sur la santé doit avoir été examiné.

Cette évaluation d'impact peut se décliner au niveau national ou au niveau local.

#### **Au niveau national**

Avant la mise en place d'un système de dépistage ou d'une campagne de prévention, l'évaluation a priori de l'impact sur les différentes catégories de la population devrait permettre d'éviter l'effet aggravant de la prévention, plus efficace dans les catégories les plus favorisées de la population et amener à réfléchir à ces campagnes de façon à réduire cet effet.

En ce qui concerne les lois, les dispositifs réglementaires dans le domaine de la santé, une telle évaluation d'impact a priori pourrait permettre d'anticiper les effets de seuil (par exemple la mise en place de la CMU aurait pu bénéficier de cette réflexion *a priori*). L'augmentation du forfait hospitalier, les remboursements de certaines spécialités pharmaceutiques devraient également faire l'objet d'une réflexion de ce type.

Nous avons en France les outils permettant la mise en œuvre de ces évaluations a priori notamment pour toute nouvelle mesure législative. Depuis la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008, l'article 24, érige l'évaluation des politiques publiques en principe constitutionnel. C'est le Parlement qui l'exerce dans le cadre de sa mission de contrôle de l'action du gouvernement. Les modalités d'application de ce principe ont été définies dans la loi organique du 15 avril 2009 qui précise (art.8) que tout projet de loi fait l'objet d'une étude d'impact (évaluation *a priori*) qui « expose avec précision » un certain nombre de conséquences prévisibles de celui-ci; par exemple « l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales ».

---

<sup>97</sup> Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Williams JS. Equity-focused Health Impact Assessment Framework. (2004). The Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA).

La question est posée de savoir pourquoi, dans la loi organique, l'impact en santé n'est pas décliné au même titre que l'impact social ou environnemental. Sans doute faut-il entendre l'impact social dans une acception large englobant la santé.

De toute façon, s'agissant des inégalités sociales de santé, ce cadre législatif impose que tout projet de loi, notamment ceux émanant de la santé soit évalué du point de vue de son retentissement social. Pour que cette évaluation réponde spécifiquement à la question « ce projet risque-t-il d'augmenter les inégalités de santé? », sans doute faudrait-il sur la base de la loi organique, faire une déclinaison précise des éléments qui doivent figurer dans l'évaluation *a priori* de tout projet impactant la santé dans la future loi de santé publique.

L'obligation de nature législative est un préalable mais ne suffit pas à diffuser cette culture de l'évaluation. Il conviendra suite aux travaux entamés par le Secrétariat général du gouvernement et par la DGS, d'assurer une diffusion des bonnes pratiques en la matière.

### **Au niveau local**

L'aménagement du territoire, le développement des transports, les plans d'urbanisme ont des conséquences sur la santé et les inégalités sociales de santé et devraient faire l'objet d'évaluations d'impact de ce type. Les plans d'urbanisme (SRIT= Schéma régional des infrastructures de transports, PDU= Plan de déplacements urbain, SCOT= Schéma de cohérence territoriale, PLU= Plan local d'urbanisme) sont ainsi concernés. Certains d'entre eux nécessitent des études d'impact sans qu'il soit précisé le type d'étude, ni le « type d'impact ».

Il conviendrait donc de préciser que les études d'impact sur la santé doivent être explicitement notifiées.

#### *6.3.2 Proposition 8 - Articuler les politiques de long, moyen terme et de « rattrapage » - Articuler et coordonner politiques nationales et locales*

Les perceptions des causes des inégalités sociales de santé et des politiques visant à les réduire oscillent souvent entre deux approches extrêmes. D'un côté, comme cela a été souligné, les inégalités sociales de santé renvoient à des inégalités sociales, économiques, d'études, de revenus, de pouvoir. À ce titre, les politiques susceptibles de les réduire impliquent une transformation radicale de la société et par conséquent sortent du domaine d'intervention pragmatique des politiques de santé publique, conduisant à un certain fatalisme vis-à-vis de cette question.

À l'autre extrême, la constatation de situations dramatiques dans certains groupes de populations conduit à mettre en place des interventions que nous pourrions qualifier de « rattrapage », visant à restaurer l'accès aux droits et l'accès aux soins de catégories de la population exclues. Le SAMU social, le développement de maisons d'accueils sont indispensables mais ne sont que des mesures d'urgence en bout de chaîne.

Théoriquement<sup>98</sup>, trois approches principales permettent de réduire les inégalités sociales de santé. Elles ne sont pas exclusives et pourraient être conçues en synergie :

- cibler principalement les personnes dans la pauvreté. Cette approche est focalisée sur les populations les plus vulnérables, sans référence aux contrastes entre riches et pauvres de l'ensemble de la population ;
- réduire la distance entre les moins bien lotis dans la société et les plus favorisés, autrement dit, réduire les disparités entre les extrêmes de l'échelle sociale ;
- réduire les inégalités dans l'ensemble de la population. Cette approche est basée sur le fait que la morbidité et la mortalité prématurée ont tendance à augmenter avec la diminution du statut social et ne résultent pas uniquement d'une opposition entre "des riches et des pauvres". Cette approche vise donc l'ensemble de la population.

De façon assez comparable, existe une tension entre des interventions nationales et des politiques locales. La visibilité de certaines inégalités sociales est plus nette au niveau local, conduisant à développer des interventions limitées, sans lien avec les politiques nationales dont dépendent *in fine* les situations visibles au niveau local.

Il s'agit de sortir de ces oppositions exclusives entre politiques nationales et locales, interventions ciblées et universelles, politiques de long, moyen et court terme. Ces remarques rejoignent les travaux de recherche qui soulignent le processus de construction des inégalités sociales de santé tout au long de la vie<sup>99</sup>. Certains pays étrangers, notamment en Grande-Bretagne, ont défini de véritables plans stratégiques pour atteindre certains objectifs (Voir en annexe A un exemple britannique de plan stratégique de réduction des inégalités sociales de santé qui articule dans le temps différentes interventions). L'approche souhaitable pour de tels plans intersectoriels est clairement en France de nature interministérielle.

Nous présentons deux exemples de thèmes d'intervention, avec une articulation des interventions à court, moyen et long terme.

#### **Une priorité de plan de réduction des inégalités sociales de santé : la santé des enfants**

L'obésité de l'enfant est très socialement marquée, avec une prévalence plus élevée chez les enfants des catégories sociales défavorisées. Il s'agit indiscutablement d'inégalités, tant il serait vain d'évoquer la responsabilité individuelle d'enfants de 6 ou 7 ans.

On sait que de graves inégalités de santé découleront dans quelques décennies de ces inégalités d'aujourd'hui.

Développer un programme de réduction des inégalités sociales dans ce domaine est une intervention de santé publique qui portera ses fruits dans

---

<sup>98</sup> Whitehead M, G Dahlgren. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up. Parts 1 and 2. OMS, 2006.

<sup>99</sup> 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. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2009; 57(6): 429-35

quelques dizaines d'années. En son absence, ce sont les inégalités de complications du diabète qui témoigneront ultérieurement de cette absence de politique.

Pour avoir un effet à long terme, les effets de cette intervention ne sont pas impossibles à évaluer dans l'immédiat, sur la base d'un critère intermédiaire simple, la mesure de l'obésité de l'enfant.

Les bénéfices de tels programmes portent sur la santé, mais aussi sur la réussite scolaire et universitaire à laquelle la santé est un facteur contributif.

**Le HCSP recommande de :**

- maintenir au sein des établissements et durant le cursus éducatif, les procédures actuelles de surveillance de la santé des jeunes, de développer l'accompagnement et l'orientation des situations difficiles ainsi que les actions de prévention ;

- mettre en place des politiques publiques qui visent à réduire les inégalités sociales des déterminants de la santé et leurs conséquences, particulièrement auprès des enfants et des jeunes : accès à l'éducation et à l'école, travail, emploi, transport, habitat, environnement, pauvreté, citoyenneté<sup>100,101</sup>.

**A titre d'exemple, dans le domaine des cancers, la lutte contre les inégalités peut articuler des plans complémentaires, dont les résultats s'apprécieront à divers termes.**

**Long terme : Prévention primaire**

La médecine du travail joue un rôle majeur sur les conditions de travail et de réduction des expositions environnementales aux risques toxiques. Elle est donc un élément majeur des plans de réduction des inégalités sociales de santé, puisque les facteurs d'exposition professionnels nuisibles à la santé sont inégalement répartis suivants les catégories sociales (enquête SUMER).

**Moyen terme : Prévention secondaire**

Le dépistage organisé des cancers a montré dans le cas des cancers du sein, sa capacité à réduire les inégalités sociales, par rapport au dépistage spontané.

**Court terme : Prévention tertiaire : le rôle de la santé pour ne pas tomber dans la pauvreté.**

Promouvoir des programmes qui permettent de sortir de la pauvreté en réduisant les conséquences des maladies chroniques et handicapantes, qui ont les conséquences financières les plus sévères pour les catégories du bas de l'échelle sociale.

---

<sup>100</sup> Principes du réseau Ecoles pour la santé, porté depuis 1991 par l'OMS, le Conseil de l'Europe et l'Union européenne, compte 43 pays membres et s'appuie sur les conventions (Nations Unies et Europe) des Droits de l'Enfant.

<sup>101</sup> Déclaration de Vilnius (15-17 juin 2009) « Améliorer l'école par la santé » à l'occasion de la 3ème rencontre des Ecoles en santé (Health Promoting School) dont on retiendra les objectifs suivants :

- Pallier les inégalités en santé de manière durable par une offre éducative tout au long de la vie
- Privilégier une approche multisectorielle (politiques de la jeunesse, politique sociale, environnementale, développement durable)

### *6.3.3 Proposition 9 - Former les professionnels de santé et les usagers aux déterminants sociaux de la santé*

Le rapport de M. Marmot suggère que la responsabilité du système de soins va au-delà de ses responsabilités thérapeutiques et préventives. Son influence est majeure sur la façon de penser la santé, de se la représenter<sup>102</sup> et de concevoir les déterminants de la santé.

Or, les programmes de formation des professionnels de la santé ne laissent qu'une place réduite aux connaissances sur les déterminants sociaux de la santé. Les programmes reflètent une vision essentiellement biologique des déterminants de santé, axée sur les soins curatifs, au détriment d'approches socio-économiques, culturelles et macro-sociales. La réduction des inégalités sociales comme objectif central de leur activité n'est donc pas, loin s'en faut, reflétée dans la formation des futurs professionnels de santé. Certes des modules de Sciences humaines et sociales ont été introduits dans les premières années de médecine, mais cet apport reste marginal, par rapport à l'approche médicale.

Dans la même démarche, les recommandations de bonne pratique clinique doivent insérer la question « sociale » dans leur considération et leur réflexion. Cette précaution permettrait d'éviter le renforcement d'inégalités dites par construction, aggravées par les pratiques médicales aveugles aux déterminants psycho-sociaux et économiques<sup>103</sup>.

La formation initiale a enfin pour but d'éviter aux professionnels des « anticipations négatives » vis-à-vis de certains groupes de patients, conduisant parfois à des soins de moindre qualité.

**Le groupe de travail recommande d'intégrer les déterminants sociaux dans la formation initiale des professionnels de santé, y compris les médecins, de manière significative.**

### *6.3.4 Proposition 10 - Développer la responsabilité des institutions du système de soins et des soignants vis-à-vis de la population.*

Le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux souligne la nécessité pour les systèmes de santé d'être proactifs ; c'est une notion importante, bien documentée et qui est particulièrement pertinente en France où le système est encore très largement dans une logique d'offre<sup>104</sup>. Le système français est marqué par l'absence de responsabilité des institutions et des soignants vis-à-vis de la population. Leur responsabilité porte aujourd'hui encore essentiellement sur une clientèle. Les conséquences d'un dépistage organisé sur la réduction des inégalités sociales de santé en matière de dépistage du cancer du sein sont un exemple de conséquence positive d'une démarche proactive.

---

<sup>102</sup> Closing the gap in one generation. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008. p 97

<sup>103</sup> Lombraïl P. Accès secondaire aux soins et inégalités sociales de santé. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2007 Feb;55:23-30.

<sup>104</sup> Closing the gap in one generation. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008. page 54-5

La création des Agences régionales de santé (ARS) et le dispositif récent du médecin référent sont deux opportunités pour inscrire la réduction des inégalités sociales de santé parmi les objectifs de la politique de santé publique. D'ailleurs, dans son titre II, la loi HPST renforce et clarifie le rôle du médecin généraliste, « *acteur pivot en termes de soins de premier recours* ».

## **Propositions**

► **Au niveau régional, inscrire la réduction des inégalités sociales de santé dans les missions des directeurs d'ARS<sup>105</sup>**

► **Inscrire les interventions et la mise en place d'indicateurs de suivi de l'accès primaire et secondaire aux soins parmi les éléments de certification des établissements hospitaliers**

► **Inscrire l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans le processus de contractualisation d'amélioration des pratiques avec les médecins généralistes**

Le système de santé, de protection sociale, l'assurance maladie, les dispositifs destinés aux populations précaires, exclues, aux étrangers évoluent rapidement. Peu de travaux portent sur le reste à charge, le coût des soins pour les patients, aspects qui impactent ces inégalités sociales de santé.

Les dépassements d'honoraires, pris en charge seulement en partie et de façon mal connue par les mutuelles complémentaires, sont un exemple de ces évolutions qui risquent d'avoir des conséquences déterminantes sur l'accès aux soins, les retards dans les traitements et les trajectoires suivies par les patients.

L'augmentation du forfait hospitalier, le secteur dit « optionnel » pour les dépassements d'honoraires sont autant de restes à charge pour les patients dont les effets ne sont pas connus avec précision. Il en est de même des remboursements de médicaments, des ventes directes de certains médicaments en pharmacie.

Lorsque des dispositifs sont mis en œuvre, les travaux permettant d'analyser leur efficacité, y compris les éventuels effets "seuil" liés aux revenus sont indispensables.

► **Suivre les évolutions du financement de l'accès aux soins et ses conséquences**

---

<sup>105</sup> cf rapport Basset

## 6.4 Accroître certains efforts en recherche

### PROPOSITIONS

11► Favoriser une recherche interdisciplinaire sur les causes et les mécanismes des inégalités sociales de santé et une approche par les déterminants sociaux de la santé plus que par maladies

12► Etudier le rôle des différentes discriminations sur la santé

13► Développer les méthodes d'évaluation des interventions dans le domaine des inégalités sociales de santé

*6.4.1 Proposition 11 - Favoriser une recherche interdisciplinaire sur les causes et les mécanismes des inégalités sociales de santé et une approche par les déterminants sociaux de la santé plus que par maladies*

**Favoriser cette recherche implique de favoriser concrètement l'interdisciplinarité et l'accès aux données**

Le rapport de M. Marmot sur les objectifs de la recherche en santé publique souligne qu'elle devrait être plus interdisciplinaire et intégrer les déterminants sociaux de la santé plus que d'être orientée vers des maladies spécifiques<sup>106</sup>. A l'évidence, les inégalités sociales de santé et le gradient continu qu'elles dessinent dans la société, leurs origines dans les toutes premières années de la vie et le processus continu qui les façonnent tout au long de la vie de l'individu, les différents niveaux individuels, micro et macrosocial qui les déterminent appellent une approche interdisciplinaire. En particulier une implication forte des sciences humaines et sociales. Le développement des connaissances dans le domaine de l'épigénétique, les pistes biologiques reliant environnement social et mécanismes biologiques justifient aussi de décloisonner les disciplines.

L'organisation de la recherche en santé en France repose sur une organisation par pathologies. Les commissions scientifiques de l'Inserm, très majoritairement organisées selon ce schéma reflètent ce choix, qui se répercute sur les thématiques des unités de recherche, elles aussi organisées par appareils et maladies.

Une entrée par les déterminants et mécanismes suppose de favoriser les coopérations entre disciplines et spécialistes d'appareil. Mais l'interdisciplinarité peine à trouver sa place dans une telle organisation. Les fédérations interdisciplinaires de recherche pourraient être une solution.

---

<sup>106</sup> Closing the gap in one generation. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008. page 186-87

Force est de constater, et les témoignages ne manquent pas, que les processus d'évaluation et les positionnements disciplinaires ne favorisent pas ces choix d'activité, lorsque les carrières des chercheurs sont évaluées selon des logiques qui favorisent une production spécialisée, monodisciplinaire, plus immédiatement productrice de publications.

Cette approche par pathologies est probablement en partie responsable du fait que les causes et les mécanismes des inégalités sociales de santé font particulièrement défaut pour certaines catégories de population, extérieures à « l'homme d'âge moyen », pour lesquelles les inégalités sociales de santé sont mal connues, notamment les jeunes, les personnes âgées et les femmes.

### **Assurer aux travaux de recherche la disponibilité des données statistiques issues des enquêtes nationales**

Deux exemples de bases de données, qui permettraient des travaux de recherche de qualité et qui ne sont actuellement pas disponibles : l'Échantillon démographique permanent (EDP) et la Déclaration annuelle de données sociales (DADS). L'Échantillon démographique permanent est une source précieuse de données dans le domaine des inégalités sociales de santé. Il y a eu un couplage des données de cet échantillon avec la mortalité jusqu'en 2006 pour les données allant jusqu'en 1996, qui ont permis la production de plusieurs travaux<sup>107</sup>. Le travail sur ces données a eu lieu dans de bonnes conditions pendant plusieurs années. Il est bloqué depuis 2006 par l'Insee pour des raisons juridiques internes. La disponibilité d'un autre échantillon géré par l'Insee (DADS), disposant d'informations individuelles d'ordre socio-économiques (revenus...) serait également très utile aux chercheurs.

Des expérimentations sont en cours<sup>108</sup>, qui devraient être soutenues et surtout pérennisées pour l'avenir et non soumises à des aléas juridiques ou administratifs.

Les perspectives que font naître les croisements de fichiers, la richesse de certaines données pour développer les connaissances sur les inégalités sociales de santé et plus largement les déterminants sociaux de la santé appellent un débat social portant sur les règles d'utilisation des données individuelles lorsqu'il s'agit d'un intérêt social et collectif<sup>109</sup>.

---

<sup>107</sup> Menvielle G, Chastang JF, Luce D, Leclerc A; Groupe EDISC. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996 - Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2007; 55(2): 97-105.

G Menvielle *et al.* Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2008; 33: 289-292.

<sup>108</sup> Une expérimentation est actuellement en cours à l'Insee pour résoudre le problème de la disponibilité des sources de données. Les chercheurs doivent déposer une demande auprès du Comité du secret statistique, remplir un dossier précisant l'objet de leur recherche ainsi que les raisons pour lesquelles les informations souhaitées sont nécessaires. Si l'avis rendu par le Comité du secret statistique, l'Insee et la Direction des Archives de France est favorable, ils peuvent disposer d'un accès informatique à distance pour une durée limitée dans le cadre d'une procédure très sécurisée. Les fichiers mis ainsi à disposition ne seront pas directement nominatifs mais il sera néanmoins possible de retrouver, sans trop de difficulté, les individus.

<sup>109</sup> Rapport du HCSP sur les systèmes d'information en santé, Décembre 2009.



#### *6.4.2 Proposition 12 - Etudier le rôle des différentes discriminations dans le domaine de la santé*

La discrimination est le fait de traiter différemment des personnes placées dans des situations comparables, en se fondant sur un ou des critères prohibés par la loi ou les engagements internationaux<sup>110</sup>.

La santé peut être en cause dans deux situations. Un état de santé, par exemple un handicap peut être source de discrimination. A l'inverse, des discriminations peuvent s'exercer en matière d'accès aux soins.

#### **L'état de santé facteur de discrimination**

Les questions de santé et de handicap sont invoquées dans plusieurs domaines : l'emploi, le logement, l'éducation, l'accès aux biens et aux services.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005 concernant l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire, la Halde suggère qu'un « référent pour la scolarisation des élèves handicapés » soit « nommé au sein des Maisons départementales des personnes handicapées afin de veiller à assurer le lien entre les parents d'élèves .... » et « ... de fournir une information systématique à l'ensemble des parents sur le droit à la scolarisation des élèves handicapés ». Elle rappelle aux maires « leurs obligations légales en matière d'accessibilité » et insiste sur la nécessité de « faire évoluer les dispositions législatives et réglementaires en vigueur afin de permettre aux auxiliaires de vie scolaire et emplois assimilés de sortir de la précarité et de faire durablement carrière dans l'accompagnement scolaire ».

Le HCSP propose d'appuyer l'exploitation des informations provenant des organisations en contact direct avec les usagers, de maintenir l'indépendance de la Halde et de mieux faire connaître les recommandations qu'elle formule pour lutter contre les discriminations liées à la santé.

#### **Les discriminations dans l'accès aux soins**

Ces discriminations ont été peu étudiées. Elles pourraient être basées sur la couleur de peau, le patronyme, la religion, le lieu de résidence ou encore la couverture sociale (CMU).

Le HCSP recommande de mieux connaître et évaluer les facteurs de discrimination dans l'accès aux soins et de faire respecter l'accès effectif aux soins pour tous.

#### *6.4.3 Proposition 13 - Développer les méthodes d'évaluation des interventions dans le domaine des inégalités sociales de santé*

Développer les méthodes d'évaluation des interventions et une culture de la publication et de la communication dans le domaine des inégalités sociales de santé est une urgence. Comme cela a été évoqué, l'absence d'évaluation des interventions est quasiment la règle. Beaucoup d'expérimentations innovantes sont conduites dans notre pays mais peu valorisées et évaluées.

Il est donc essentiel de réfléchir aux conditions dans lesquelles les expériences peuvent être évaluées pour être utilisables dans d'autres territoires.

---

<sup>110</sup> Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde). Autorité indépendante créée en 2004.

Les méthodes d'évaluation classiques en épidémiologie, si elles sont souhaitables pour certains travaux, sont loin de répondre aux contraintes que pose l'évaluation de la mise en œuvre pour plusieurs raisons<sup>111</sup>. La durée en est une; il est difficile de mettre en œuvre un plan expérimental pour des durées supérieures à cinq ans. Or, les interventions et les politiques publiques ont des effets qui s'inscrivent dans le temps. La définition de critères intermédiaires, de processus en particulier ne répond qu'imparfaitement à la question. En effet, un autre « dogme » en matière d'expérimentation est le caractère intangible de l'intervention durant le temps de l'expérience. Or le contexte évolue, les acteurs et leurs perceptions aussi.

La notion de preuve doit donc être élargie au-delà des essais randomisés. Plusieurs méritent d'être travaillés dans cette direction.

Le cadre de l'évaluation « réaliste » est un cadre conceptuel intéressant, qui appelle des efforts de recherche pour être opérationnel<sup>112</sup>.

Développer les modélisations, comme cela est le cas pour les maladies transmissibles est une piste peu développée en France.

L'interdisciplinarité réapparaît dans l'évaluation et la capacité à utiliser conjointement des données qualitatives et quantitatives. Le long terme suppose également de décloisonner les travaux d'inspiration épidémiologique et les travaux d'analyse des politiques publiques.

#### **Le HCSP recommande**

**De favoriser la recherche, notamment interdisciplinaire, sur les méthodes d'évaluation des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé et le développement des évaluations d'impact *a priori*. Ces méthodes ont été expérimentées dans plusieurs pays et ont fait l'objet de groupes de travail OMS. Leur méthodologie mérite cependant d'être approfondie et maîtrisée.**

---

<sup>111</sup> Bonell CP *et al.* Alternatives to randomisation in the evaluation of public-health interventions: design challenges and solutions. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Publié en ligne le 12 février 2009

<sup>112</sup> Pawson R *et al.* Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services and Research, Policy*. 2005; 10: 21-34.

## 6.5 Concrétiser la volonté de réduire les inégalités sociales de santé

### PROPOSITIONS

14► Insérer la France dans les travaux internationaux sur les inégalités sociales de santé

15► Mettre en place un centre d'expertise et de coordination de cet objectif de la loi, associant chercheurs et praticiens, au niveau local et national

16► Introduire la réduction des inégalités sociales de santé au cœur du débat social et du développement durable des territoires

#### *6.5.1 Proposition 14 - Insérer la France dans les travaux internationaux sur les inégalités sociales de santé*

La France a jusqu'à présent été pour le moins discrète sur la scène internationale concernant les inégalités sociales de santé. Elle l'a été en recherche et plus encore dans le champ des politiques publiques.

En recherche, quelques équipes ont une présence sur la scène internationale par leurs publications et leurs collaborations, mais elles sont rares, comparativement à d'autres domaines. Tout aussi préoccupant, lorsqu'ils participent à des projets européens, les chercheurs français manquent de données pour se comparer aux autres pays européens. Les difficultés d'accès aux données, notamment à l'Echantillon démographique permanent ont été évoquées. Pour cette seule raison, la France risque d'être exclue d'un nouveau projet européen de comparaisons internationales, en cours de définition. Dans le domaine de l'intervention et des travaux sur les modes d'action, la France est encore plus absente. Il suffira de rappeler qu'aucun expert français ne faisait partie de la Commission présidée par M. Marmot. Dans la suite de ce rapport, un courrier de demande de participation a été adressé à la Direction générale de la santé en 2008. Cette invitation n'a pas donné lieu à un appel à participation auprès des chercheurs et praticiens engagés dans ces travaux.

Cette absence semble relever d'au moins trois phénomènes cumulatifs. Les inégalités sociales de santé ne sont pas à un niveau suffisamment élevé de priorité dans les administrations en charge de la santé pour entraîner une mobilisation d'ampleur. Les échanges entre chercheurs et décideurs de santé publique sont limités ; le terme de fracture est à peine exagéré pour décrire ces relations. Enfin, même si la volonté existe pour certaines personnes, les lieux et les mécanismes d'échange d'information font défaut, lorsqu'il s'agit d'inégalités sociales de santé. Ces lieux de rencontre ont été créés dans le domaine de la sécurité sanitaire, par exemple.

L'Union Européenne a annoncé des mesures destinées à aider les Etats membres à lutter contre les inégalités en matière de santé entre eux et à l'intérieur de ceux-ci. La Commissaire à la santé a rappelé la nécessité d'une politique intersectorielle.

L'UE précise que la réduction des inégalités de santé constitue un des grands enjeux de santé publique définie dans sa stratégie en faveur du développement durable.

Parmi les actions annoncées :

- soutenir la mise au point et la collecte de données et d'indicateurs des inégalités de santé en fonction de l'âge, du sexe, de la situation socio-économique et de la localisation géographique ;
- élaborer des méthodes de contrôle des inégalités de santé dans le contexte du programme de santé de l'UE, en concertation avec les états membres désireux de participer à ce processus ;
- orienter la recherche européenne de manière à combler les lacunes dans le domaine des connaissances sur les inégalités de santé ;
- accorder une place importante à la recherche et à la diffusion des pratiques exemplaires utiles aux agences de l'UE dans le contexte de la lutte contre les inégalités de santé.

On peut relever également la volonté de prendre des initiatives de sensibilisation et d'encouragement d'actions visant à améliorer l'accessibilité et l'adéquation des services de santé, la promotion de la santé les soins préventifs, notamment à l'attention des minorités ethniques et des autres groupes vulnérables.

Un premier rapport sur l'évolution de la situation est annoncé pour 2012.

Des travaux sont menés dans la suite du rapport Marmot au niveau européen. Des groupes d'experts ont été constitués à l'OMS.

**Il est essentiel que la France participe à ces travaux et que les acquis, les expériences soient coordonnés en associant chercheurs et personnels des administrations de la santé (Voir aussi la proposition 15).**

#### *6.5.2 Proposition 15 - Mettre en place un centre d'expertise et de coordination de cet objectif de la loi*

A plusieurs reprises dans ce rapport ont été soulignés des besoins de coordination, entre les niveaux local et national, entre chercheurs et décideurs de santé publique ainsi que la nécessité de développer et de susciter des appels d'offres en recherche, de développer l'expertise en évaluation, d'assurer la présence de la France au niveau international, de suivre, de monitorer les progrès des politiques publiques en matière d'inégalités sociales et d'assurer la cohérence entre les données statistiques qui ont un sens à l'échelon territorial tout en veillant à une comparabilité nationale, internationale et dans le temps, pour suivre les évolutions.

Tout ce travail de coordination, de suivi et d'expertises consacrées aux inégalités sociales de santé ne peut se concevoir sans qu'un lieu et une instance ne prennent en charge ces différentes tâches dans la durée.

Une demande d'aide méthodologique, portant aussi bien sur le recueil d'indicateurs que sur la mise en place d'interventions, a été exprimée par un certain nombre d'élus. Cette aide méthodologique et de formation est une fonction attendue d'un tel centre.

Il n'appartient pas au groupe de travail d'en décider la nature ni la forme, mais il faut que la volonté de réduire les inégalités sociales de santé se manifeste par un espace de coordination concret, associant chercheurs et praticiens, des niveaux local et national, véritable centre d'expertise et de coordination chargé d'évaluer, de monitorer, d'expertiser et de coordonner cet objectif de la loi.

### *6.5.3 Proposition 16 - Introduire la réduction des inégalités sociales de santé au cœur du développement durable des territoires*

Selon la définition proposée en 1987 par la Commission mondiale sur l'environnement et le développement dans le Rapport Brundtland, le développement durable est : « *un développement qui répond aux besoins des générations du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. Deux concepts sont inhérents à cette notion : le concept de « besoins », et plus particulièrement des besoins essentiels des plus démunis à qui il convient d'accorder la plus grande priorité, et l'idée des limitations que l'état de nos techniques et de notre organisation sociale impose sur la capacité de l'environnement à répondre aux besoins actuels et à venir.* »

Les options du développement durable reconnaissent que la croissance économique est une ressource pour le développement humain, particulièrement pour les plus désavantagés. Des stratégies de croissance sont inefficaces si elles augmentent la pauvreté et les différences de revenus et d'accès aux soins et à la santé. Cette même logique conduit à développer des mesures du produit national brut comprenant les coûts en matière de santé.

Ces orientations ont conduit à recommander d'inclure la santé et la réduction des inégalités sociales de santé dans la logique du « développement durable » dans les territoires.

Les raisons sont nombreuses.

► L'ancrage des inégalités sociales de santé dans les territoires, tant dans leur diagnostic que comme lieu d'intervention rejoint la logique de territoires dans le développement durable, tel qu'il est, par exemple impulsé par la DIACT.

► La santé est un des éléments du développement humain et un des besoins auxquels il s'agit de répondre dans la logique du développement durable.

► La dynamique du développement durable fait intervenir la participation et la mobilisation active des citoyens, considérée comme essentielle. La participation des habitants est soulignée avec force dans la démarche de l'Agenda 21 sous forme de conseils de quartier, faisant appel à la parole des usagers.

► Au cœur du développement durable, on trouve la notion clé d'intersectorialité et cette préoccupation que les activités humaines ne nuisent pas aux personnes. Cette préoccupation est également celle développée par la démarche d'évaluation d'impact sur la santé et les inégalités sociales de santé.

Cette logique de développement durable rejoint la notion de promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa, basée sur l'intersectorialité (actions sur tous les déterminants de la santé) et la participation des habitants aux décisions ayant une influence sur leur santé.

L'Agenda 21 est une des possibilités concrètes de développer l'intersectorialité d'une part et la participation de la population d'autre part. La France, comme les autres pays, s'est engagée à stimuler ces initiatives, qui sont encouragées, à différents niveaux (commune, intercommunalité, voire région). Il s'agit de dessiner des actions, construites avec les habitants et la société civile sur un territoire donné dans une optique de développement durable. Ces Agendas concernent l'environnement, le travail, le champ social, mais pas forcément la santé.

Bien qu'au niveau européen, la santé fasse partie des indicateurs de développement durable, l'intérêt pour la santé en France est limité. Dans les projets de territoires, si l'offre de services de santé vient en première préoccupation des élus et des populations, les diagnostics territoriaux de santé permettent d'élargir la vision aux autres thématiques (prévention, environnement) et d'envisager des actions très diverses.

### **Recommandations**

- **Inclure la santé dans le diagnostic territorial partagé fait pour le programme Agenda 21, les Ateliers santé ville, les villes santé OMS.**
- **Inclure la santé dans les projets territoriaux de développement durable.**

## 7 - Conclusion

L'accumulation des connaissances sur les inégalités sociales de santé est aujourd'hui telle qu'il n'est plus possible d'ignorer le problème et encore moins de ne pas commencer à agir.

A terme, ces inégalités sociales de santé pourraient constituer un véritable enjeu de cohésion sociale. Il faut susciter un débat social autour de ces questions et élargir le débat sur la santé au-delà des seuls soins curatifs.

De nombreuses pistes d'interventions et de politiques publiques ont été mises en œuvre dans d'autres pays, notamment en Europe. Cet acquis est important à analyser, pour déployer une politique de réduction des inégalités sociales de santé qui tienne compte du système de santé et des spécificités françaises.

La France est aujourd'hui à un tournant de son histoire vis-à-vis de cette question. La volonté d'agir a été affirmée, elle s'est traduite jusqu'à présent par des initiatives isolées. Elle doit maintenant se traduire par une politique globale et explicitement dirigée vers ce problème, et par la définition d'une démarche structurée, associant différents programmes complémentaires et coordonnés.

## Quelques références de sites Web

Royaume-Uni

<http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthinequalities/index.htm>

Etats-Unis

<http://www.healthypeople.gov/LHI/>

Charte de Tallin

[http://www.euro.who.int/document/hsm/6\\_hsc08\\_fdoc06.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_fdoc06.pdf)

Inégalités de genre

<http://www.who.int/gender/documents/en/>

CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.:

[www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants)

Projet « DETERMINE ». Consortium européen pour l'action dans le domaine des déterminants socioéconomiques de la santé

<http://www.healthinequalities.org>

Ecosse

Equally well. Report of the ministerial task force on health inequalities. Scottish Government, 2008.

<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/06/09160103/0>



## Annexe A : A programme for action

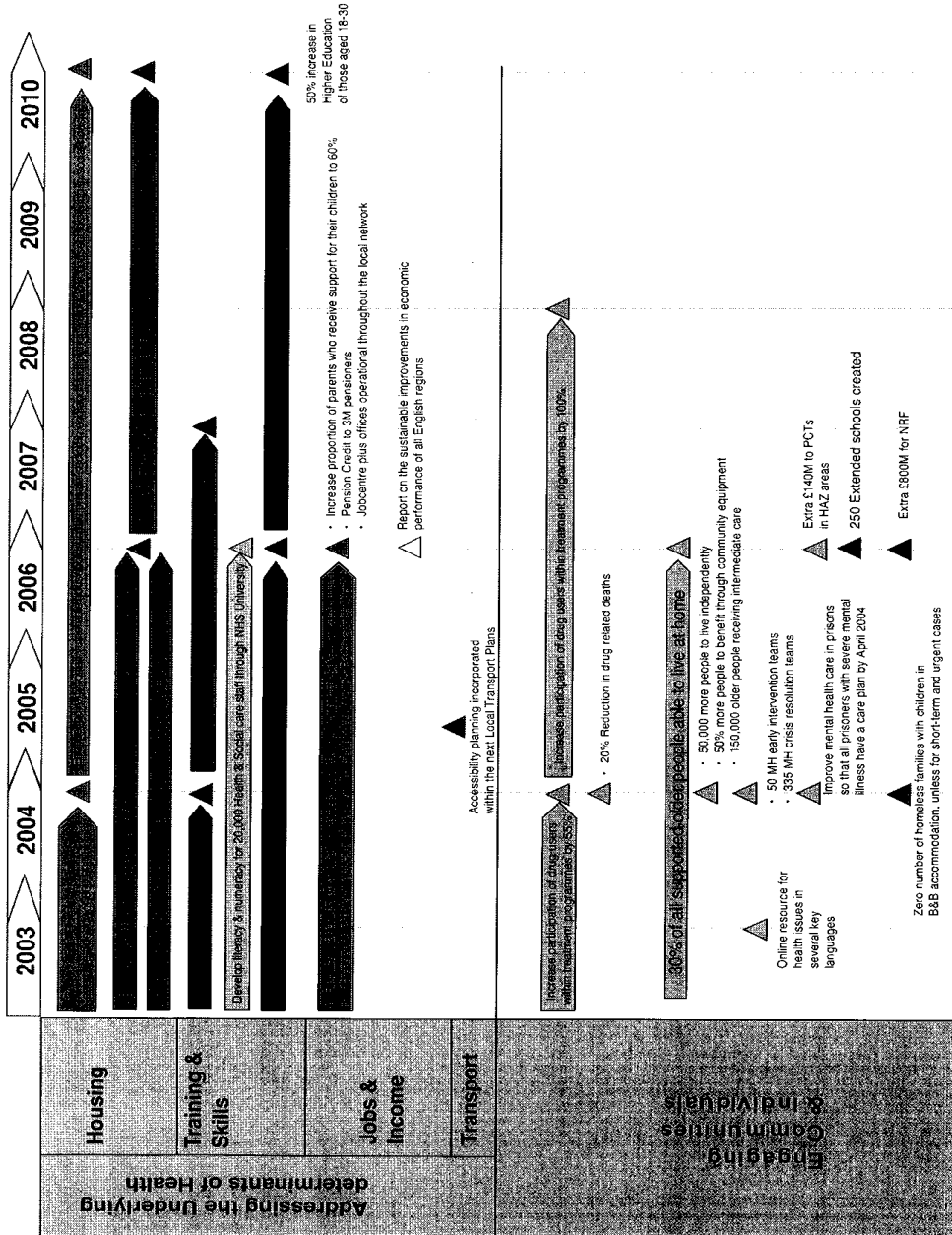
Figures extraites du document du Department of Health<sup>113</sup>, montrant un plan stratégique coordonné de lutte contre les inégalités sociales de santé

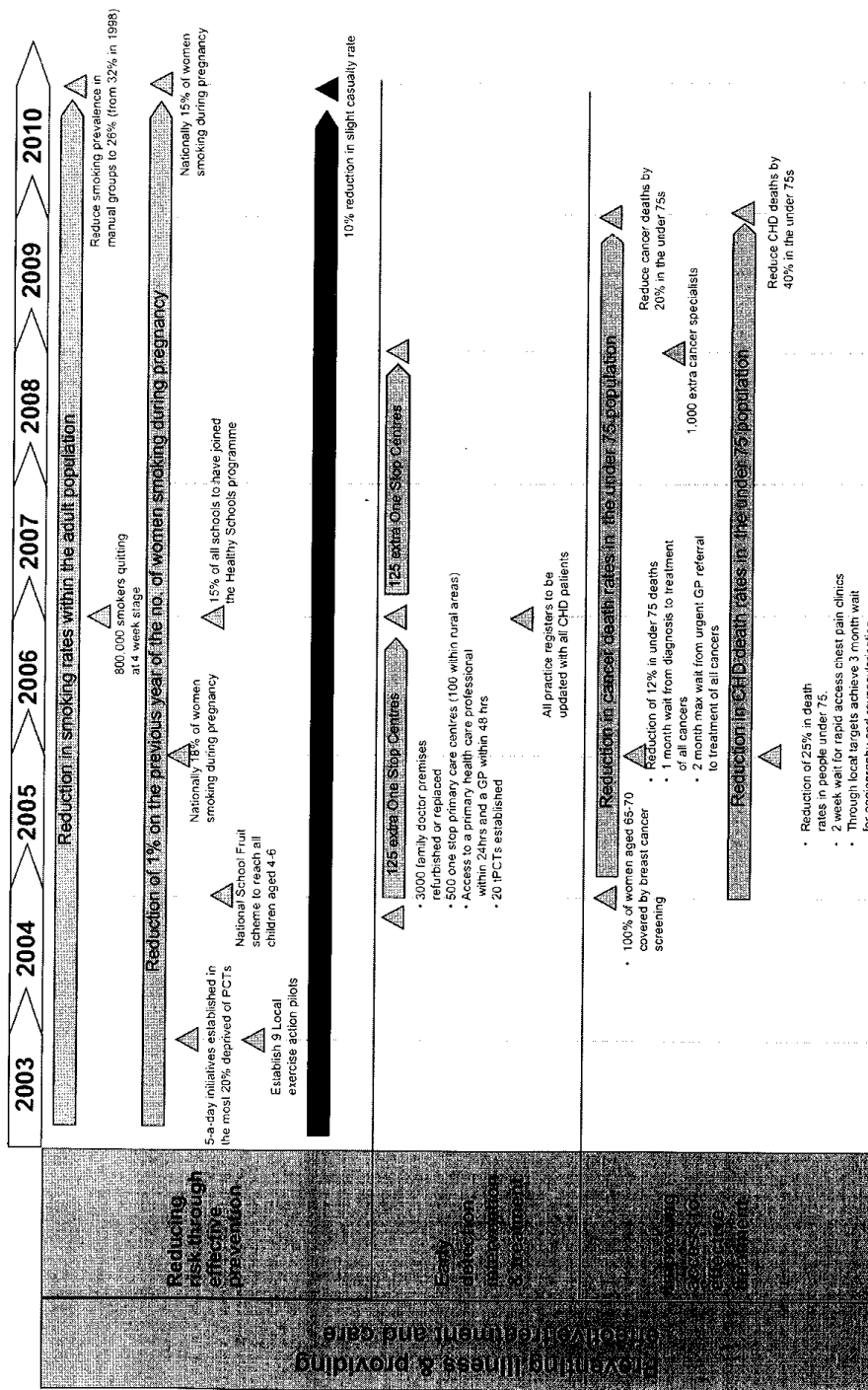
Strategy

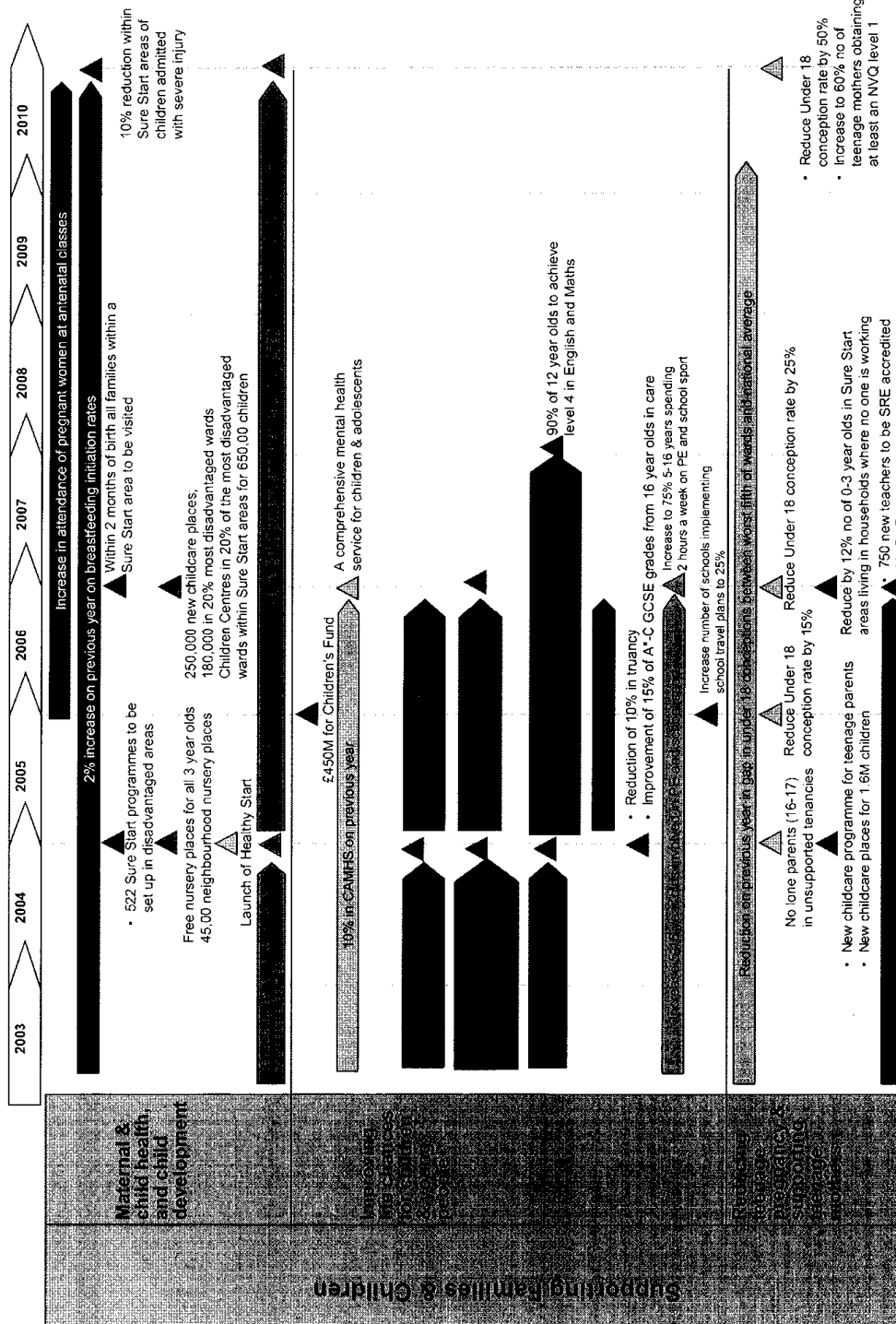
Figure 2: Health Inequalities Programme for Action: Themes and Principles



<sup>113</sup> Tackling health inequalities: A programme for action. Department of Health. 2003 [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4008268](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008268)







# Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité

**Les inégalités sociales de santé (ISS) existent à un niveau élevé dans notre pays et ont tendance à s'accroître. Elles traversent l'ensemble de la population française selon un gradient continu, dans lequel la situation des populations en situation de précarité représente l'extrême. Elles témoignent du fait que si les politiques publiques de santé se sont traduites par une amélioration de l'état de santé moyen, parallèlement les écarts sociaux se sont creusés.**

**Certains pays européens ont déjà mis en œuvre des politiques explicites pour réduire les ISS. L'enjeu actuel est la mise en œuvre en France d'un plan de réduction de ces inégalités.**

**Dans ce rapport Le Haut Conseil de la santé publique souligne le rôle majeur des déterminants socio-économiques, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé et formule une série de propositions en termes d'objectifs, de conditions à remplir pour suivre les évolutions et de mise en place d'interventions et de politiques publiques.**

## Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP  
Téléphone : 01 40 56 79 80  
Télécopie : 01 40 56 79 49  
Site : [www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)  
Courriel : [hcsp-secr-general@sante.gouv.fr](mailto:hcsp-secr-general@sante.gouv.fr)  
**Bureaux**  
10 place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon  
75014 Paris  
7<sup>e</sup> étage, accueil pièce 7442  
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté  
Bus : 88, 91

