



**Institut national
de la santé et de la recherche médicale**

Paris, le 12 septembre 2000

DOSSIER DE PRESSE

Les inégalités sociales de santé

**Un ouvrage initié par l'Inserm
Publié aux éditions La Découverte**

Sous la direction de :

Annette Leclerc, Unité 88 Inserm

Didier Fassin, Université Paris XIII, Ecole des hautes études en sciences sociales

Hélène Grandjean, Unité 518 Inserm

Monique Kaminski, Unité 149 Inserm

Thierry Lang, Faculté de médecine de Toulouse, Institut national de veille sanitaire

Mise en vente en librairie le 14 septembre 2000

225F, 448 pp

Contact presse :

Inserm

Claire Roussel

Tél : 01 44 23 60 85

Fax : 01 45 70 76 81

Mél : presse@tolbiac.inserm.fr

Editions La découverte

Pascale Iltis

tél : 01 44 08 84 23

fax : 01 44 08 84 23

mél : pascale.iltis@ladecouverte-syros.com

Sommaire

Les inégalités sociales de santé : une priorité pour l'Inserm	p. 3
Un ouvrage pour mieux comprendre et agir	p. 3
Une situation encore méconnue	p. 4
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Des différences sociales de mortalité importantes<input type="checkbox"/> Les inégalités persistent en amont de l'accès aux soins<input type="checkbox"/> Des recherches encore insuffisamment développées	
Exemples d'inégalités sociales de santé en France	p. 5
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Une espérance de vie inégale<input type="checkbox"/> Des inégalités dès la naissance<input type="checkbox"/> Les adolescents : les inégalités sont moindres<input type="checkbox"/> Troisième âge : les inégalités persistent à la retraite<input type="checkbox"/> Maladies coronariennes : les écarts se creusent<input type="checkbox"/> Cancer : une situation complexe<input type="checkbox"/> Incapacités et handicap<input type="checkbox"/> Santé bucco-dentaire	
Quelles sont les causes des inégalités sociales de santé ?	p. 8
Des difficultés de méthodologie	p. 8
Perspectives pour la recherche et réflexions pour l'action	p. 9

Annexe : liste des auteurs de l'ouvrage

Les Inégalités sociales de santé : une priorité pour l'Inserm

A l'orée du 21^{ème} siècle, les inégalités sociales de santé persistent dans le monde, notamment en France. Notre pays, en effet, fait partie des états européens où les disparités devant la mort sont les plus fortes. La nécessité de mener une véritable réflexion sur les mécanismes qui sont à l'origine de cette situation, a conduit l'Inserm, dès 1995, à inscrire les inégalités sociales de santé – enjeu majeur de santé publique - dans ses priorités de recherche.

En 1996, sous l'égide de son intercommission « Analyse et évaluation des systèmes de soins et de prise en charge, de prévention et de protection sociale », l'Inserm a initié un vaste travail pour établir un bilan de ces inégalités sociales de santé en France. L'objectif était non seulement de rassembler des connaissances éparses, mais également d'inciter à des recherches nouvelles, de proposer des pistes d'action et de susciter un large débat dans la société fondé sur des données scientifiques.

Un ouvrage pour mieux comprendre et agir

L'ouvrage « les inégalités sociales de santé », publié aux éditions « La Découverte », est l'aboutissement de cette démarche. Il réunit les textes d'une cinquantaine de spécialistes coordonnés par une équipe éditoriale qui a suivi ce projet pendant trois ans. Vingt-quatre équipes de recherche en France ont été sollicitées et trois hors de France (Université Erasmus, Rotterdam ; Medical Research Council, Glasgow ; Ecole de Santé Publique de Harvard, Boston). L'approche est interdisciplinaire : les auteurs sont épidémiologistes, sociologues, démographes, spécialistes de santé publique, statisticiens, biologistes, politologue, historien ou anthropologue.

L'ouvrage présente en premier lieu les inégalités sociales de santé dans leur contexte historique et resitue le cas français dans le cadre européen. La majeure partie de l'ouvrage est consacrée à la présentation des principales données existantes en matière d'inégalités sociales de santé en France, en terme de mortalité et de morbidité générale, et pour certaines pathologies spécifiques. Si de nombreux travaux ont été menés dans certains domaines, les connaissances restent étonnamment limitées dans d'autres : on ne sait pratiquement rien des inégalités sociales de santé des enfants, par exemple. Dans des domaines comme la santé bucco-dentaire, les accidents de la circulation, ou le sida, la rédaction de l'ouvrage a suscité des travaux d'analyse originaux.

Des éléments d'interprétation sont apportés : les revenus, l'éducation, le travail, les formes de sociabilité, les soins, les comportements en matière de santé sont autant de dimensions qui contribuent à expliquer les inégalités observées.

Les auteurs dégagent également un certain nombre de pistes pour la recherche, pour améliorer les connaissances, pour mieux comprendre les mécanismes des inégalités sociales de santé, et pour ouvrir au débat des réflexions sur l'action.

Les inégalités sociales de santé encore méconnues

Des différences sociales de mortalité importantes

Depuis les années 60, des données précises permettent de quantifier l'importance des différences sociales de mortalité en France. Ainsi, l'espérance de vie des ouvriers de 35 ans est inférieure de 6,5 ans à celle des cadres et professions libérales du même âge¹. Entre ces deux extrêmes, le niveau de l'espérance de vie à 35 ans suit globalement la hiérarchie des catégories socioprofessionnelles : ouvriers, employés, commerçants, professions intermédiaires, cadres-professions libérales.

En vingt ans, l'espérance de vie a augmenté pour toutes les catégories, mais cette augmentation a été plus forte dans les catégories les plus favorisées. Les différences de mortalité entre catégories sociales ont eu tendance à s'accroître. Pour les femmes, des inégalités sociales d'espérance de vie existent également, mais les disparités sont plus réduites que pour les hommes à 35 ans (différence de 3,5 ans d'espérance de vie entre ouvrières et cadres-professions libérales).

Les inégalités persistent en amont de l'accès aux soins

Les données rappellent régulièrement l'existence d'importantes différences sociales de mortalité. La reconnaissance de l'existence de ces inégalités s'est bien opérée – quoique lentement – mais n'a pas donné lieu, pour autant, à une véritable réflexion sur les causes de ce phénomène. La prise en considération de ces inégalités par les pouvoirs publics s'est traduite essentiellement par la mise en place de dispositifs tentant de réduire les inégalités d'accès aux soins. En effet, les soins continuent d'être considérés comme le déterminant essentiel de la santé et le remède à la réduction des inégalités en la matière. Pourtant, c'est bien en amont du système de soins que peut s'effectuer cette réduction des inégalités.

Dans les dix dernières années, les questions de précarité, de paupérisation et d'exclusion ont pris une place prépondérante, tant dans les politiques publiques en général que dans le domaine sanitaire en particulier. La question des inégalités sociales, qui concerne toute la structure sociale, s'est trouvée ainsi remplacée par une vision en termes de “ dedans ” ou “ dehors ”, “ inclus ” ou “ exclus ”.

Des recherches à développer

Dès le début des années 70, des chercheurs des établissements publics - dont l'Inserm - se sont intéressés aux différences sociales de mortalité. Aujourd'hui, des équipes françaises mènent des recherches sur les inégalités sociales de santé, notamment dans le champ de la santé périnatale, des maladies cardio-vasculaires, de la santé au travail ou de l'accès aux soins. Les travaux de recherche actuels tendent à élucider les mécanismes biologiques et/ou sociaux à l'origine des inégalités.

Mais le cercle des chercheurs mobilisés sur les inégalités sociales de santé reste aujourd'hui encore trop restreint. Ceci contraste avec la situation de pays voisins, comme la Grande-Bretagne où un rapport devenu célèbre, le rapport Black, a lancé, au début des années quatre-vingt, une réflexion au sein du monde scientifique autour des inégalités sociales de santé, et une mobilisation de nombreuses équipes de recherche, mais aussi d'acteurs du monde socio-politique.

¹ Etudes de l'INSEE pour la période 1982 - 1996

Exemples d'inégalités sociales de santé en France

- **Une espérance de vie inégale**

L'espérance de vie des hommes varie fortement selon leur catégorie socioprofessionnelle, celle des femmes également, mais les écarts sont moins importants. Entre 25 et 54 ans, **la surmortalité des ouvriers et employés** par rapport aux cadres et professions libérales **concerne quasiment toutes les causes de décès**, en particulier les cancers, les maladies cardio-vasculaires et les morts violentes.

Selon une étude européenne, la mortalité chez les hommes de 45 à 59 ans exerçant une profession manuelle, en France, est supérieure de 71% par rapport à ceux qui exercent une profession non manuelle. Cette surmortalité varie de 33 à 53% dans les autres pays. Si on prend en compte non plus la profession mais le niveau d'études, on observe également des disparités plus grandes en France que dans les autres pays, et ce pour les hommes comme pour les femmes.

La nature des maladies contribuant le plus à la surmortalité des "manuels" par rapport aux "non manuels" varie aussi selon les pays. **La France se caractérise par une contribution importante des maladies liées à l'alcool** (certains cancers et maladies de l'appareil digestif notamment).

- **Des inégalités sociales de santé dès la naissance**

Les différences sociales de **mortalité** s'observent dès le début de la vie. En effet, selon les dernières données – qui portent sur la deuxième moitié des années 80 -, la mortalité périnatale varie de 7,1 pour 1000 naissances pour les enfants de père cadre à 10,2 pour 1000 naissances pour les enfants d'ouvriers. Ces différences sont moins fortes pour la mortalité infantile, même si elles existent toujours.

Les différences sociales de santé au début de la vie ne concernent pas seulement la mortalité, mais aussi la **prématurité, et le faible poids de naissance**. En 1995, les risques sont 1,5 à 2 fois plus élevés chez les enfants de couples ouvriers ou employés, que chez les enfants de cadres. Seule une petite partie de ces disparités sont explicables par les facteurs de risque classiques comme l'âge maternel, la parité, l'emploi, le tabac ou la surveillance prénatale.

Le faible poids de naissance est maintenant reconnu comme augmentant le risque de certaines des maladies les plus importantes à l'âge adulte, notamment les maladies cardio-vasculaires : **les inégalités sociales de santé à la naissance peuvent donc avoir des conséquences à long terme.**

- **Les adolescents : les inégalités sociales de santé sont moindres**

Il semble qu'il y ait plutôt moins de disparités à l'adolescence que dans le début de la vie, ou que chez les adultes. A noter, la consommation d'alcool et de cannabis, et dans une moindre mesure de tabac, est plus élevée chez les enfants de cadres que chez les enfants d'ouvriers. Cette tendance, similaire à celle observée dans d'autres pays pour la même classe d'âge, s'inverse à l'âge adulte.

En ce qui concerne la mortalité, les certificats de décès ne permettent pas de connaître celle des adolescents selon la catégorie socioprofessionnelle des parents.

- **Troisième âge : les inégalités persistent à la retraite**

Des travaux spécifiques ont montré que le gradient social de mortalité existe après la retraite comme chez les personnes actives : dans une population ayant pris sa retraite en 1972, 48% des ouvriers spécialisés, contre 18% des techniciens et cadres étaient décédés 10 ans après

la retraite, alors même que les ouvriers spécialisés avaient cessé leur activité, en moyenne, 3 ans avant les cadres.

- **Maladies coronariennes : les écarts se creusent**

Au cours des 20 dernières années, la mortalité par maladies coronariennes des hommes a diminué, mais - comme pour la mortalité générale - cette diminution a davantage bénéficié aux cadres qu'aux employés ou ouvriers, et les écarts se sont accrus. En 1990, chez les hommes d'âge actif, le risque de mortalité par maladies coronariennes est multiplié par 1,8 chez les ouvriers et 3,5 chez les employés, en comparaison aux cadres.

Selon les données des registres MONICA², ces **différences sociales de santé concernent aussi bien la survenue** (incidence) des maladies - avec un risque particulièrement élevé pour les employés -, **que la létalité** (mortalité des personnes malades), particulièrement élevée chez les ouvriers. Des facteurs comme les comportements ou les conditions de travail peuvent expliquer en partie les différences dans la survenue de la maladie, mais le recours aux soins préventifs et la prise en charge médicale ambulatoire contribuent probablement aussi aux différences de létalité.

- **Cancer : une situation complexe**

La mortalité par cancer fait également apparaître des différences sociales importantes, et comme pour les maladies cardio-vasculaires, elles concernent aussi bien la survenue du cancer que la létalité.

Peu de données existent en France, mais elles vont toutefois dans le même sens que la littérature internationale. **La survie après cancer est en moyenne plus basse dans les catégories socioprofessionnelles plus défavorisées, et ce, quelle que soit la localisation des cancers.** En revanche, **le risque de survenue d'un cancer en fonction de la catégorie socioprofessionnelle dépend de la localisation du cancer.** Ainsi, le risque est plus élevé dans les catégories socioprofessionnelles basses pour les cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, et du col utérin. Au contraire, le risque est plus élevé dans les catégories élevées pour le cancer du colon, et le cancer du sein. Cependant, pour cette dernière localisation, la relation semble s'inverser. Ces différences sociales d'incidence ne sont pas totalement expliquées par des différences dans les facteurs de risque, notamment ceux liés au mode de vie ; le rôle des expositions professionnelles intervient dans certains cancers, celui du recours au dépistage dans d'autres.

- **Incapacités et handicap**

Selon des données de l'INRETS³, les proportions de décédés et de blessés graves dans les accidents de la circulation, chez les conducteurs, sont nettement plus élevées chez les agriculteurs, les ouvriers et les chômeurs que dans les autres catégories.

Si la situation sociale influe sur la santé, la santé influe également sur les conséquences sociales de la maladie : ainsi, parmi les personnes devenues tétraplégiques à la suite d'un accident, le pourcentage de celles ayant un emploi après l'accident est d'autant plus élevé qu'elles ont un diplôme de niveau élevé.

L'espérance de vie est d'autant plus longue que la catégorie socioprofessionnelle est élevée et les incapacités d'autant moins fréquentes. Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité sont donc particulièrement importantes. Ce cumul d'inégalités tend à avoir augmenté au cours des années, et concerne particulièrement les personnes âgées.

- **Santé bucco-dentaire**

La santé bucco-dentaire des **enfants** est le seul élément connu de la santé des enfants selon la situation sociale des familles. Des enquêtes nationales répétées depuis 1987

² MONICA : MONItoring trends and determinants in CArdiovascular disease

³ INRETS : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité ; étude internationale coordonnée par l'OMS

montrent une amélioration globale de l'état de santé dentaire des enfants au cours des années. Cependant, il existe toujours des différences importantes selon la catégorie socioprofessionnelle des parents, aussi bien pour le nombre moyen de dents cariées, absentes, ou obturées que pour le pourcentage d'enfants indemnes de caries. En 1998, à 12 ans, 47% d'enfants de cadres supérieurs sont indemnes de caries, 43% dans les catégories intermédiaires, contre 32% seulement chez les enfants d'ouvriers.

La santé bucco-dentaire des **adultes** présente les mêmes caractéristiques sociales que celles des enfants. Si ces inégalités sociales de santé peuvent résulter en partie de différences dans les pratiques de prévention individuelle (hygiène dentaire, alimentation ...), l'accès aux soins préventifs ou curatifs précoces joue également un rôle, notamment en raison de leur coût : les données du CREDES⁴ montrent que les soins dentaires sont ceux auxquels les personnes renoncent le plus fréquemment lorsqu'il y a renoncement aux soins pour des raisons financières.

⁴ CREDES : centre de recherche et de documentation en économie de la santé

Quelles sont les causes des inégalités sociales de santé ?

Les mécanismes qui conduisent aux différences sociales de santé sont complexes, à la fois sur le plan social et sur le plan biologique. Si, dans l'ensemble, les risques de mauvaise santé et de mortalité suivent le gradient de la hiérarchie sociale, pour quelques maladies, ce gradient n'existe pas, ou est même inverse. Cependant, globalement, les inégalités sociales de santé s'intègrent dans le schéma général des inégalités sociales portant sur les revenus, l'éducation, le logement, l'emploi, les conditions de travail. S'y ajoutent des comportements à risque pour la santé plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles moins favorisées, que cela concerne l'usage du tabac et de l'alcool, la protection vis à vis du sida, ou l'hygiène bucco-dentaire. Ces mêmes catégories ont aussi moins souvent recours à certains types de soins, en particulier aux soins préventifs ; les filières de soins sont différentes selon les catégories, ce qui peut entraîner des différences dans la qualité des soins.

Des difficultés de méthodologie

L'analyse des disparités sociales de santé suppose que chaque individu soit caractérisé sur le plan social. L'indicateur le plus courant, la catégorie socioprofessionnelle, est construit à partir de la profession, même si des indicateurs de niveau d'études ou de revenus sont parfois utilisés. La profession permet de caractériser les hommes et les femmes actifs.

Chez les hommes, cette classification qui exclut les inactifs ne prend pas en compte les situations les plus précaires sur le plan social et sanitaire, ce qui conduit sans doute à sous-estimer l'ampleur des différences sociales de santé. Chez les femmes, deux problèmes se posent - plus ou moins bien résolus – celui du classement des femmes sans profession, et celui de l'utilisation d'une classification bâtie principalement à partir de l'activité des hommes. Ces difficultés de méthodologie peuvent expliquer pourquoi, d'une part on dispose de moins de données de santé par catégorie sociale chez les femmes que chez les hommes, et d'autre part, que les différences sociales observées sont en général moins fortes chez les femmes que chez les hommes, comme par exemple dans le domaine cardio-vasculaire.

Perspectives pour la recherche et réflexions pour l'action

Perspectives pour la recherche

On ne possède aujourd'hui qu'une vision partielle des inégalités sociales de santé. Des travaux sont en cours concernant la santé reproductive, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les handicaps. Les limites constatées - qui, pour une part, concernent plus particulièrement la France - appellent l'exploration de nouvelles voies de recherche, et notamment :

- **Mieux connaître la différenciation sociale** de la mortalité, de la morbidité et plus globalement de la santé. Beaucoup de données de base manquent aujourd'hui, sur certaines pathologies ou pour certains indicateurs sanitaires. Les variables utilisées dans la mesure de la différenciation sociale devraient être affinées. Les modalités des inégalités sociales qui affectent les populations étrangères et d'origine étrangère sont peu connues sur le plan de la santé et mériteraient d'être mieux appréhendées.
- **Mieux comprendre l'articulation entre les facteurs socio-économiques et la santé.** Quelle est l'importance relative des écarts entre revenus par rapport au niveau (absolu, ou moyen) de revenu. Quels sont les effets liés au territoire, à l'environnement local, aux réseaux de sociabilité ? Ces questions mériteraient, par exemple, de faire l'objet de recherches.
- **Mieux appréhender les inégalités sociales devant les soins et face à la prévention** grâce au renouveau actuel des problématiques en matière d'évaluation des systèmes de santé. Si l'on dispose de données différenciées de consommation médicale à partir d'approches quantifiant le nombre de recours, la qualité des soins est, elle, rarement abordée sous l'angle des disparités.
- **Etudier les conséquences de la maladie et du handicap, sur l'emploi et le travail, sur la vie quotidienne et les relations sociales.** En effet, les inégalités sociales ne se manifestent pas seulement dans la production de maladies, elles s'expriment aussi dans les conséquences. Cet aspect est encore trop peu abordé.
- **S'intéresser de façon plus soutenue à certains âges de la vie : la petite enfance**, et les liens entre l'état de santé à cet âge et à l'âge adulte ; **l'adolescence** (pourquoi les écarts de mortalité et de morbidité sont-ils apparemment si faibles à cet âge ?), **le troisième âge**.

Réflexions pour l'action

- La place des inégalités sociales de santé dans l'ensemble des inégalités sociales suggère que **la réduction des inégalités dans la société** devrait diminuer les inégalités sociales de santé. L'assertion peut sembler aller de soi, mais comme on l'a vu, la réponse la plus souvent apportée aux disparités dans le domaine de la santé consiste - surtout en France - à rendre l'accès aux soins plus équitable. Or, c'est bien en amont de la maladie, par des interventions sur ses déterminants sociaux, qu'on pourrait espérer les résultats les plus importants.
- La question de **l'égalité devant les soins** n'en demeure pas moins essentielle, non seulement du point de vue de l'efficacité sur la santé, mais aussi en termes de respect des droits sociaux.

- Le problème de **l'égalité dans le domaine de la prévention** doit faire l'objet d'une attention particulière. D'une manière générale, en effet, il est constaté que les programmes préventifs efficaces le sont davantage parmi les catégories sociales supérieures que dans les classes sociales défavorisées. Ce constat impose **de penser les actions de prévention, et d'en mesurer ultérieurement les effets, en termes de réduction des inégalités** et non seulement en termes d'efficacité globale.
- Les **politiques mises en place**, qu'elles se situent ou non dans le domaine de la santé, **devraient faire systématiquement l'objet d'une évaluation du point de vue de leur impact sur les inégalités sociales** en général, et **de santé** en particulier. Il importe que les conséquences des mesures prises en matière d'emploi, de logement, d'environnement, d'urbanisme, et a fortiori de santé, soient étudiées sous cet aspect.
- Enfin, les inégalités de santé doivent donner lieu à un **plus large débat dans l'espace public**. Le constat a été fait de la relative faiblesse de la discussion autour de cette question en France, tant dans les milieux scientifiques ou médicaux que plus généralement dans le monde politique. Le souhait des auteurs de l'ouvrage est que le débat s'instaure, au-delà de la communauté scientifique, à partir des résultats établis et de la mise en évidence de zones d'incertitude ou d'ignorance.