



ELSEVIER
MASSON

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 55 (2007) 47–54

Revue d'Épidémiologie
et de Santé Publique
Epidemiology and Public Health

Colloque : Épidémiologie sociale et inégalités de santé

Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques

Social inequalities in health and public health: from research to policies

M. Elbaum

*Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère de la Santé et des Solidarités,
14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP, France*

Abstract

This paper analyses the main results and prospects concerning research and studies about social inequalities in health in France. Research orientations, which may contribute usefully to defining health and social policies in this field and favour their development are then proposed. Health policy content and implementation placing high priority on the problem of social inequalities in health are discussed.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Résumé

Cet article analyse les principaux résultats et perspectives des travaux de recherche et d'études conduits sur les inégalités sociales de santé en France. Il envisage les pistes de recherche susceptibles d'éclairer la définition des politiques publiques en ce domaine, et de favoriser leur développement dans les dimensions à la fois sanitaire et sociale. Le contenu et la mise en œuvre de politiques de santé publique attribuant un haut niveau de priorité à la lutte contre les inégalités sociales de santé donnent ensuite lieu à discussion, et à un certain nombre de propositions.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords: Socioeconomic inequalities; Health; Public health; France

Mots clés : Inégalités sociales ; Santé ; Santé publique ; France

Le thème des inégalités sociales de santé a des difficultés à trouver un écho dans le débat public mené autour des politiques de santé en France, et il a aussi un certain mal à être reconnu et pris en charge en tant que tel par les politiques de santé publique.

Si l'on distingue, aux termes de la grille proposée par Whitehead en 1998 et reprise par Couffinhal et al. [1,2], les stades de la mesure et de la prise de conscience d'une part, de la perception en tant qu'enjeu de politique publique d'autre part, et enfin de la construction d'une politique globale et coordonnée, nous nous situons sans doute au mieux entre la première et la seconde étape. La question qui nous est posée est donc peut-être autant d'approfondir les travaux de recherche que de penser leurs débouchés dans des termes assimilables, et appropriables par les politiques publiques.

Les avancées accomplies en matière d'études et de recherche ont été importantes au cours des 20 dernières années, à la fois dans le domaine des déterminants sociaux de la santé comme l'ont retracé dans un article de référence, Goldberg et al. [3], et dans celui de l'accès à la prévention et aux soins.

Sans prétendre à l'exhaustivité, quelques points particulièrement significatifs peuvent à cet égard être soulignés dans les recherches réalisées ou à venir, sans ignorer que ces acquis de la connaissance ont du mal à parvenir à la conscience des décideurs et des professionnels. Dans une deuxième partie, seront abordées les questions qu'il peut paraître important de continuer à éclairer, voire à éclaircir, car directement porteuses d'enjeux pour les politiques publiques. On peut enfin tenter, dans un troisième temps, de faire plus directement le pont entre ces recherches et les choix qui semblent aujourd'hui se poser aux politiques de santé, et, plus largement, aux politiques sociales, pour prendre en charge la question des inégalités de santé.

Adresse e-mail : Mireille.ELBAUM@cnam.fr (M. Elbaum).

1. Acquis et perspectives des recherches sur les inégalités sociales de santé

À travers le développement de l'épidémiologie sociale, et les dialogues qu'elle a noués avec les sciences humaines, et plus récemment, avec l'économie [4], la recherche sur les inégalités sociales de santé a apporté en France des éclairages nouveaux, et continue à se développer dans la période récente, même si c'est dans une relative confidentialité et une méconnaissance assez répandue de la part des décideurs et des professionnels.

1.1. Contexte institutionnel et outils statistiques

Après l'étape importante qu'a constitué l'ouvrage collectif publié en 2000 sous l'égide de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) suite aux propositions de son intercommission n° 6 présidée par M. Berthod-Wurmser [5], plusieurs initiatives récentes peuvent être rappelées, auxquelles la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a contribué en jugeant que ce thème était une priorité à soutenir de façon permanente, pour qu'il parvienne à avoir davantage d'écho dans le débat social.

Ainsi, sur le plan de la recherche incitative, le thème des déterminants sociaux de la santé a-t-il été repris dans l'appel à projets lancé en 2002 par le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), l'Inserm et la DREES/MiRe dans le cadre du programme sciences biomédicales, santé et société. De même, le premier programme lancé en juin 2005 sous l'égide de l'Institut virtuel de recherche en santé publique (IVRSP) animé par A. Alperovitch et A. Spira a-t-il porté sur les liens entre inégalités sociales et santé, et sera sans doute relancé dans l'avenir.

On peut aussi citer l'accent mis sur les problèmes de santé par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), qui les a soulignés dans plusieurs de ses rapports [6,7].

Sur le plan des données et enquêtes ayant vocation à être mises à disposition des chercheurs, un effort a également été entrepris, en liaison avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), pour promouvoir des instruments permettant de mettre en relation problèmes de santé, situation économique et conditions de vie. C'est notamment le cas à travers :

- l'introduction de la profession des parents dans les enquêtes de santé scolaire, réalisées à l'âge de six ans, ainsi que dans les classes de sixième et troisième ;
- le renouvellement en 2003 de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux qui relie état de santé déclaré, comportements de prévention et recours aux soins, et ses perspectives de réédition quinquennale dans un cadre européen, avec, en 2008–2009, un couplage avec l'enquête Handicap–Incapacités–Dépendance (HID) ;
- la prochaine réalisation de l'enquête Santé et Itinéraires Professionnels (SIP), qui devrait permettre de mieux mettre en lien problèmes de santé et trajectoires professionnelles, en

tenant compte des mobilités sur le marché du travail, ainsi que des périodes de chômage et d'emplois intermittents ;

- toujours dans une optique de parcours de vie, la prise en compte des discriminations liées aux problèmes de handicap dans l'enquête Histoires de vie, et la perspective d'un module consacré à la santé dans l'enquête « Trajectoires et Origines », que l'Insee et l'Institut national des études démographiques (INED) ont prévu de consacrer fin 2008 à la situation des immigrés et des enfants d'immigrés.

L'un des projets les plus porteurs et les plus structurants est en outre, bien sûr, la mise en place de la cohorte d'enfants baptisée « Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance » (ELFE) sous l'égide commune de l'Ined, l'Inserm, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et du système statistique public. Elle devrait permettre de mettre en relation l'étude des problèmes de santé déclarés et diagnostiqués, celle des inégalités sociales et de leur reproduction intergénérationnelle, et celle des conditions d'environnement en suivant des enfants dès avant la naissance, puis au fur et à mesure de leur avancée en âge.

1.2. Acquis récents des études et recherches françaises

Sans du tout prétendre à un panorama global, quelques éléments peuvent être soulignés du point de vue de leur importance pour les politiques publiques.

D'abord le fait que les différences sociales de mortalité ne se sont pas estompées entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990 [8], et semblent même s'être accrues pour les hommes, même si la prise en compte des situations familiales et d'activité conduit à nuancer ce propos. Cette pérennité pose bien sûr question dans un contexte de transformation des structures sociales, d'élévation du niveau éducation de la population, et de progrès continus de l'espérance de vie. La situation apparaît bien sûr contrastée avec, comme l'ont montré les communications présentées lors du colloque de l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF), des disparités en sens inverse (et en voie de résorption) pour la mortalité liée au cancer du sein, mais aussi, à une autre échelle, un impact social différencié de catastrophes sanitaires comme la canicule d'août 2003 ou l'explosion de l'usine AZF à Toulouse. Et, à côté du diplôme et de la catégorie socio-professionnelle (CSP), les différentiels de revenu semblent exercer une influence spécifique, de façon relative ou absolue (F. Jusot, Working paper n° 2004–32, Delta).

Un deuxième ensemble de travaux concerne la santé perçue, et les morbidités déclarées et diagnostiquées dans leurs différentes dimensions, avec un gradient social particulièrement marqué pour la première [9], et de nouveaux éclairages concernant notamment les accidents, les problèmes buccodentaires [10,11], et la santé mentale [12,13]. Les analyses du recours aux soins et à la prévention se sont aussi développées dans la période récente, avec la mise en évidence de l'impact différencié du revenu, de la CSP et du diplôme, et surtout du rôle spécifique de la couverture complémentaire [14]. Le rôle redistributif de l'assurance maladie a aussi pu être souligné [15],

même s'il fait s'interroger sur la place de la couverture maladie, et plus largement du système de soins dans la réduction potentielle des inégalités d'état de santé [16,17].

Trois points particulièrement frappants émergent de ces analyses :

- d'abord, le caractère précoce de ces inégalités sociales de santé, avec par exemple, à six ans, des différences peu sensibles en matière d'état vaccinal, mais beaucoup plus marquées en ce qui concerne la correction de la vision, la santé et les soins buccodentaires, et plus encore l'obésité, c'est-à-dire lorsqu'on remonte aux comportements et aux conditions de vie [18] ;
- ensuite, la place de plus en plus déterminante que tendent à occuper le chômage et l'inactivité (même non directement liée à un handicap) dans les disparités sociales d'état de santé (comme d'ailleurs de mortalité), avec une influence qui tendrait à dépasser celle des autres facteurs. La corrélation entre chômage et santé recouvre bien sûr des causalités multiples : effets de sélection dans l'emploi liés aux problèmes de santé ou plus indirectement aux conditions de travail qui les favorisent, effets négatifs directs du chômage sur la santé, rôle de catalyseur joué par celui-ci dans des situations de fragilité, accumulation d'événements défavorables dans les parcours de vie [19,20] ;
- enfin, l'ampleur que prennent les problèmes de santé dans les difficultés des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, avec à la fois un prolongement du gradient social qui en font la résultante d'un processus d'ensemble, et des phénomènes d'exacerbation et de cumul qui appellent des prises en charge spécifiques. Mis en évidence chez les personnes consultant des centres de soins gratuits ou chez les sans-domicile, ces troubles apparaissent à la fois physiologiques (maladies respiratoires et dermatologiques notamment), psychiques (dépression), et liés à des problèmes d'alimentation ou à des comportements à risque, avec en particulier des phénomènes d'alcoolisation excessive, dont l'ampleur est, par ailleurs, souvent sous-estimée au sein du système de soins [21–23]. Quant aux problèmes d'alimentation, ils sont de plus en plus mis en exergue comme « une dimension spécifique de la pauvreté », à travers non pas « le fait de ne pas manger à sa faim » qu'incrimine souvent faussement l'opinion, mais à travers l'existence de déséquilibres nutritionnels et de carences de consommation, notamment en fruits et légumes, qui favorisent la prévalence de l'obésité [24–26].

À côté de ces constats réitérés et réactualisés, un nouvel ensemble de travaux, français et surtout étrangers, met l'accent sur les effets « collectifs » de l'environnement où les personnes vivent (et travaillent) sur leur état de santé.

Il s'agit d'abord des analyses sur l'influence spécifique du « contexte de résidence » (*neighborhood effects*), dont le développement est lié à celui des modèles spatiaux et multiniveaux.

Ceux-ci tentent à la fois d'identifier les effets du « contexte de proximité » allant au-delà des caractéristiques des individus qui le composent, et de repérer la variabilité des effets indivi-

duels dans chacun de ces contextes [27,28]. La multiplicité des méthodes et des variables utilisées, ainsi que la diversité des interprétations possibles, qui vont des mécanismes d'interaction sociale, aux ressources matérielles et institutionnelles présentes dans l'environnement, en passant par les normes et l'efficacité collectives, ou encore par les activités quotidiennes pratiquées dans la zone [29,30], rendent toutefois certains approfondissements et éclaircissements nécessaires sur le sens qui doit être donné à ces phénomènes (cf. infra).

Il en est de même pour les recherches mobilisant la notion de « capital social », dont, D. Fassin l'a montré, l'utilisation par l'épidémiologie a été « sélective », se référant moins, au sens de P. Bourdieu, aux avantages que procure à chaque individu son réseau de relations sociales, qu'à des concepts de confiance collective ou de valeurs partagées par une communauté [31,32], lesquels restent, quelles que soient les tentatives entreprises par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), difficilement mesurables (Ponthieux, le concept de capital social, analyse critique, contribution au X^e colloque de Comptabilité nationale ; ACN, 2004).

Le fait est néanmoins, que l'irruption de diverses notions d'« environnement social » pour contribuer à expliquer les différences d'état de santé peut avoir du sens pour l'élaboration des politiques publiques.

Au-delà des déterminants sociaux de la santé, un autre ensemble d'analyses, encore relativement peu développé, s'intéresse à l'effet en retour des problèmes de santé, et des inégalités auxquels ils donnent lieu, en termes d'intégration sociale et professionnelle. L'enquête HID a par exemple montré que non seulement les déficiences, mais également leur compensation et leur transformation en désavantage social donnaient lieu à des inégalités sociales de plus en plus prononcées à chacun de ces stades [33]. L'enquête réalisée par la DREES auprès des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic montre aussi que ce sont ceux dont les situations socio-économiques étaient les plus fragiles qui se sont vus le plus touchés dans leur vie professionnelle par la maladie, et qui ont été le plus souvent sujets à des diminutions de revenu [34].

Le caractère prégnant des inégalités de santé, notamment au jeune âge, a enfin des répercussions sur les théories de la justice sociale, qui peuvent aussi servir de guide aux politiques publiques. L'égalité des chances, qui est le fondement de nombre d'entre elles, s'en trouve en effet profondément ébranlée, de même que, si l'on se réfère à Rawls, la plausibilité du « voile d'ignorance » qui conduit les citoyens à accepter des critères de justice partagés et les mécanismes de redistribution qui en découlent [35]. De même, l'idée de compenser les seules inégalités dont les individus ne sont pas responsables se trouve assez largement mise en cause par l'impact des facteurs collectifs sur les comportements. Enfin, la dimension « santé » est de plus en plus conduite à être prise en compte dans la mesure du bien-être individuel et l'appréciation des situations relatives, qu'il s'agisse, comme M. Fleurbaey, de tenter de la rapprocher d'un revenu (Fleurbaey, *health, equity and social welfare*, CERSES, Sept. 2004 ; revised Feb. 2006), ou, au sens d'A. Sen, d'en faire une dimension des « capacités »

dont sont dotés les individus pour réaliser librement leurs projets de vie dans une société démocratique.

1.3. La nécessité d'une appropriation par les acteurs de la santé publique

Quels que soient leur intérêt et la force des questions qu'ils soulèvent, ces différents apports restent toutefois mal connus et relativement peu pris en compte en France par les décideurs et les acteurs du monde de la santé.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ne retient en effet directement que deux objectifs, qui ont trait à la lutte contre les inégalités de santé parmi les 100 que mentionne le rapport d'objectifs qui lui est annexé, (il s'agit des objectifs 33 et 34) même si celui visant à « réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires » peut s'analyser comme une première étape d'une politique globale en la matière [2]. La question essentielle n'est d'ailleurs pas tant le nombre d'objectifs considérés, que la place et le degré de priorité qui leur sont attribués.

On ne peut en effet qu'être frappé par la faible place que laisse le débat social français sur la santé à la problématique des inégalités sociales, qui n'est, sauf exception, portée ni par la plupart des professionnels, ni par les associations de patients ou de personnes handicapées, ni par les caisses d'assurance maladie dont les objectifs prioritaires, à l'exception des actions de conduites dans les centres d'examen de santé, ont tendance à se polariser sur la « gestion du risque ».

La politique française de santé reste à cet égard largement guidée par une vision individuelle des comportements à risque, qu'il s'agisse d'accroître les prix du tabac ou des boissons sucrées, ou de conduire des actions de prévention et de dépistage qui restent socialement relativement indifférenciées, à l'exception des dispositifs spécifiquement liés à la prise en charge de la précarité. Et il est clair également que les professionnels n'ont pas été formés à tenir compte dans leurs pratiques des caractéristiques socioéconomiques des patients auxquels ils s'adressent, comme le montrent les difficultés relationnelles qui ont pu se faire jour avec certains bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU).

2. Axes de recherche importants du point de vue des politiques publiques

Face à ce constat contradictoire sur les apports et les débouchés des recherches conduites sur les inégalités sociales de santé, quels axes paraît-il important de continuer à développer, et quels éclaircissements apporter pour favoriser la perception des enjeux et leur prise en compte par les politiques publiques ?

Il paraît d'abord, même si l'on sort ici du champ de l'épidémiologie, nécessaire d'appréhender l'acceptabilité sociale des inégalités de santé dans les différents pays développés, et les facteurs qui font que les différents acteurs s'emparent ou non de ce sujet, et en font un élément de débat, voire de conflit social. La structuration du « monde » de la santé, les modes

de formation et de rémunération des professionnels, leurs relais dans la sphère politique jouent sans doute un rôle en la matière. L'analyse et l'évaluation des politiques conduites en ce domaine par les autres pays de l'Union européenne apparaissent aussi comme des voies utiles, avec la question « préjudicielle » de savoir si seuls les pays qui, comme la Grande-Bretagne ou les pays scandinaves, ont un service national de santé réunissent réellement les conditions pour développer de telles politiques, et si les systèmes d'assurance maladie d'inspiration bismarckienne n'y sont pas en eux-mêmes un obstacle, dans la mesure où ils se focaliseraient d'abord par nature sur le remboursement des soins.

Si l'on revient à l'observation des inégalités sociales de santé, les problèmes de mesure, loin d'avoir une dimension exclusivement méthodologique, sont en eux-mêmes porteurs d'enjeux pour les politiques publiques. Comment comprendre et réconcilier les différences de gradient social entre santé perçue (meilleur prédicteur de la mortalité), morbidité déclarée, morbidité diagnostiquée et prises en charge par le système de soins ? Améliore-t-on l'appréhension des inégalités de santé et de leur transmission en tenant compte du contexte familial, et notamment de la situation de la mère et du conjoint ? Et, surtout, peut-on clarifier la part et l'influence respectives de l'activité, du diplôme, du milieu social, du revenu, du cadre de travail, voire du « prestige » dans la formation des inégalités de santé et d'accès aux soins, dans la mesure où chacun de ces facteurs appellerait des priorités d'action pour parties différenciées ?

L'élaboration de priorités implique aussi de pouvoir comparer, sur la base de sources et de méthodes homogènes, les disparités sociales afférentes aux différents types de pathologies et facteurs de risque, et cela aux divers âges de la vie. De même, le suivi systématique de « pathologies traceuses » en matière d'inégalités de santé pourrait être envisagé, qu'il s'agisse de prématurité, d'obésité, d'hypertension artérielle, des lombalgies, de troubles musculo-squelettiques, de pathologies liées aux addictions, ou de dépression.

En ce qui concerne les facteurs de disparité, s'impose en outre aujourd'hui l'idée de mieux prendre en compte, tant en matière d'état de santé que de recours aux soins, l'origine géographique des personnes et de leur famille.

L'introduction d'un module consacré à la santé dans l'enquête « Trajectoires et origines », que l'Insee et l'Ined vont consacrer aux immigrés et à leurs descendants, devrait à cet égard constituer une avancée. Des précautions devront toutefois être prises, en intégrant l'ensemble des facteurs socio-économiques à l'analyse, afin d'éviter d'éventuelles interprétations « culturalistes » des différences observées, comme cela a pu être le cas par le passé avec le saturnisme infantile [36]. Toulemon a en outre montré, en étudiant la fécondité des immigrées, le rôle déterminant de variables comme la date et l'âge d'arrivée en France, qu'il importe surtout de ne pas oublier [37]. Des enquêtes complémentaires à un niveau géographique fin apparaîtraient par ailleurs utiles pour tenter de faire la part entre les disparités liées à la situation socioéconomique, celles liées à l'origine familiale ou géographique et celles liées au lieu de résidence, connaissant par exemple la

surreprésentation des étrangers et enfants d'étrangers dans les quartiers qui cumulent les difficultés [38].

Quant aux effets de « contexte » ou de « voisinage », des éclaircissements semblent indispensables sur leur signification concrète et leurs voies d'action pour qu'ils puissent être réellement « parlants » pour les politiques publiques. Est-ce l'environnement matériel qui est en cause, à travers la dégradation du cadre de vie, l'implantation et le fonctionnement des services publics ou la moindre présence des professionnels de santé, dans le cas du recours aux soins ? Sont-ce les tensions que provoquent les phénomènes de violence, auxquels ces effets de résidence sont corrélés ou les sentiments de « relégation » ou de « disqualification » sociales, qui, aux termes des modèles qui invoquent les effets psychosociaux de l'environnement, seraient susceptibles d'agir directement sur la santé ? [39,40]. Sont-ce enfin, comme le suggèrent Chaix et Chauvin [28], des attitudes, des valeurs et des attentes partagées dans le milieu de résidence, qui joueraient à la fois sur les comportements de prévention et de recours aux soins, et qui se rapprocheraient de ce que les économistes de l'éducation appellent les « effets de pairs » (*peer effects*). (D. Goux, E. Maurin, Composition sociale du voisinage et échec scolaire : une évaluation sur données françaises, Contribution au colloque « Le devenir des enfants de familles défavorisées en France », avril 2004). On voit, là encore, que l'interprétation qui est privilégiée peut conduire à des conclusions assez différentes en termes d'action publique. L'économie et la sociologie de l'éducation se posent d'ailleurs des questions relativement analogues, et tentent par exemple de faire la part entre l'influence que les élèves exercent les uns sur les autres (*peer effects*) et les interactions entre les établissements, les enseignants et leurs publics (*school-mix effects*). Cette thématique pourrait de façon intéressante être transposée au système de soins. Il en est de même pour les approches en termes de « path analysis », visant à appréhender les relations entre les différents facteurs explicatifs, et à distinguer leurs effets « directs » et « indirects » [41].

Il semble également, de façon encore plus manifeste, que les ambiguïtés de la notion de « capital social » rendent difficile son utilisation par les politiques publiques. La polysémie du concept qui, à partir des travaux de Coleman et Putnam, mobilise les notions de « réseaux », de « normes de réciprocité », de « confiance » et de « valeurs partagées », et s'étend à l'engagement civique, la participation associative et l'implication communautaire, pose en effet question, et mériterait pour le moins d'être clarifiée. On peut à cet égard partager l'idée, formulée par S. Ponthieux, qu'il est peu crédible qu'une « société civile solidaire » puisse être promue comme alternative au déficit d'éducation, de ressources matérielles et d'emplois dont souffrent certaines populations, et considérée à elle seule comme une « troisième voie » [42]. Et si la notion de « capital social » mérite d'être approfondie, c'est à mon sens plutôt en revenant, selon Bourdieu, aux ressources dont disposent les individus en termes de « relations, de connaissances et de reconnaissances mutuelles », et qui peuvent, par exemple, faciliter leur cheminement dans le système de santé, comme l'a montré l'initiative envisagée récemment par une compagnie d'assurance pour convertir du « capital économique » en « capi-

tal social » permettant d'accéder aux segments « d'excellence » du système de soins.

Plus directement utile à l'action paraît être l'idée, encore relativement peu creusée à ce jour, que les pratiques différenciées des professionnels de santé en fonction des caractéristiques sociales des patients auxquels ils s'adressent, peuvent avoir tendance à renforcer plutôt qu'à réduire les inégalités sociales de santé. La durée des séances des médecins généralistes est ainsi « toutes choses égales d'ailleurs », plus élevée pour les cadres supérieurs, et ceux-ci ont en outre tendance à voir des médecins qui pratiquent des consultations plus longues [43]. Même si les pratiques observées à l'hôpital peuvent jouer dans l'autre sens, les interactions entre médecins et malades apparaissent ainsi susceptibles d'exercer une certaine influence sur les inégalités, et il serait intéressant d'approfondir cette question, tant pour la connaissance que pour l'action.

Toujours dans une perspective directement utile en termes d'action publique, le besoin se fait sans doute sentir de mieux cerner les « moments clés » des parcours de vie, où se jouent les futurs problèmes de santé, et la façon dont des actions de prévention ou de soutien peuvent efficacement contrecarrer certains événements défavorables. C'est bien sûr le cas pour la santé des enfants, et l'un des objectifs à attendre de la cohorte ELFE est sans doute de mieux éclairer, outre les mécanismes de reproduction intergénérationnelle des inégalités, les facteurs qui font que, en reprenant le titre de l'une des communications présentées au colloque de l'ADELF, « tout n'est pas joué à l'âge de quatre ans ». Les liens entre santé et travail relèvent aussi pour partie de cette problématique, avec d'un côté le besoin de mieux appréhender les risques afférents aux périodes de chômage et de précarité, et de l'autre, d'envisager les actions susceptibles de prévenir, dans les entreprises, les « mises à l'écart » dues aux problèmes de santé.

Il semble enfin important, dans une perspective de débat public, d'approfondir les effets des inégalités de santé sur les trajectoires et les stratifications sociales : difficultés professionnelles et sociales des personnes atteintes de maladies chroniques, processus cumulatifs entre problèmes de santé et désinsertion sociale, « piège de la pauvreté » lié à la maladie [44].

Certaines de ces « inégalités cumulatives » sont en outre liées aux mécanismes de discrimination et de stigmatisation qui touchent les personnes atteintes de problèmes de santé, et qui interfèrent avec leur position dans l'échelle sociale. Ces discriminations liées à l'état de santé, qu'elles soient implicites ou explicites, « ressenties » ou observées sur la base de « tests », commencent juste à faire l'objet d'analyses. On peut notamment signaler les phénomènes d'éviction à l'embauche liés à l'obésité, que les entreprises ont tendance à interpréter, surtout pour les femmes, comme un « signalement » défavorable [45].

3. Implications pour les politiques de santé publiques

Après ces questions posées à la recherche, on peut enfin tenter de réfléchir aux implications qui pourraient en être tirées en termes de santé publique, du point de vue de leurs priorités comme de leurs canaux d'action. La santé publique sera ici entendue de la façon la plus large comme l'ensemble des pra-

tiques et des politiques qui visent à promouvoir la santé des populations, à travers un ensemble d'actions à la fois multiples et interdépendantes [46].

Le premier objectif est que le débat social se focalise davantage sur la question des inégalités sociales de santé, de façon à ce qu'un consensus apparaisse plus fortement qu'aujourd'hui sur le caractère inacceptable de ces inégalités, et la nécessité de les considérer comme une priorité politique. C'est ce sur quoi se sont appuyées, aux termes de l'analyse de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), les démarches suédoises, néerlandaise et britannique [2]. Cela implique une réflexion politique coordonnée, articulant information, expertise et consultations publiques, par exemple au travers des Conférences nationales et régionales de santé, ou des débats parlementaires envisagés à intervalle régulier sur les politiques de santé. La question des objectifs de résultats appelle, quant à elle, une position moins tranchée : si l'expérience britannique montre le caractère mobilisateur de tels objectifs lorsqu'ils correspondent à des priorités circonscrites et hiérarchisées, la pluralité des déterminants qui influent sur un indicateur comme les différences sociales d'espérance de vie, comme d'ailleurs sur l'indicateur de « taux de pauvreté » actuellement objet de débat au niveau national et européen, ne fait pas forcément de cette démarche la plus opératoire, et peut faire préférer une autre formulation politique pour ce type de priorité.

La deuxième question est bien sûr d'envisager l'articulation entre politiques de santé et politiques sociales dans leur ensemble, et, au sein des premières, la place à donner à l'assurance maladie et au système de soins. La démarche britannique est là encore assez frappante, car les objectifs définis en matière de mortalité infantile, de grossesses adolescentes ou d'obésité des enfants font écho à une politique sociale d'ensemble, qui, tout en pouvant appeler certaines critiques du fait de sa polarisation sur le « work-fare » et les incitations à l'emploi (*making work pay*), se centre explicitement sur les familles monoparentales et la pauvreté des enfants, et cible avant tout les phénomènes de reproduction de la pauvreté. Il est clair en outre que l'impact du chômage, des problèmes d'éducation, de logement et d'environnement peuvent largement faire douter de l'utilité de considérer les inégalités sociales de santé comme une sphère d'intervention spécifique.

Mais on peut aussi partager le sentiment du Haut comité de la santé publique (HCSP), qui, dans son rapport de 2002, indiquait qu'une trop grande globalisation de l'approche politique pouvait conduire à « un risque de fatalisme et d'immobilisme », et que « certaines actions de santé, même insuffisantes à elles seules (...) méritent d'être élevées au rang de priorités » [47].

On peut d'ailleurs s'interroger sur l'impact que pourrait avoir une vraie priorité donnée aux inégalités sociales sur la conception d'ensemble de nos politiques de santé : il est probable en effet que la légitimité à considérer les comportements individuels de santé indépendamment de leur dimension socioéconomique s'en trouverait largement questionnée, y compris, par exemple, en ce qui concerne la responsabilisation économique des individus par la voie de la taxation ou de l'augmentation des prix, et que l'objectif de « compenser »

les inégalités de santé dont les individus ne peuvent être tenus pour responsables conduirait à réévaluer notre politique de transferts, via ou au-delà de l'assurance maladie.

Il en est de même en matière de couverture maladie et d'accès aux soins dans la mesure où, même si l'effet global de la consommation de soins sur la santé peut être débattu, il est démontré que l'assurance maladie joue un rôle sensiblement protecteur sur la santé des ménages modestes, et où les différences d'accès aux soins peuvent avoir des conséquences accrues par l'efficacité des techniques préventives.

L'amélioration apportée par la CMU ne doit à cet égard pas être sous-estimée, même si, du fait des effets de seuil, l'ensemble de la population à bas revenus ne bénéficie pas encore aujourd'hui d'une couverture complémentaire et si des disparités importantes existent dans le contenu des contrats offerts, au détriment des personnes qui ne sont pas couvertes par un contrat collectif d'entreprise [48].

Quant au système de soins proprement dit, le coût de son financement collectif (près de 9 % du produit intérieur brut) apparaît trop élevé pour que son organisation et ses pratiques ne participent pas d'une telle priorité, sauf à considérer que des réallocations sont nécessaires entre financements attribués à la santé et autres formes de transferts. Et c'est peut-être en partie à travers le prisme des inégalités de santé que la fonction, l'organisation et le financement des soins primaires pourraient être revisités en France, en reconnaissant la fonction sociale et préventive des professionnels de proximité, et en élargissant la dimension sociale de la prise en charge sanitaire au-delà des services d'urgence, de psychiatrie ou, dans certains cas, de médecine générale. Cette réorientation, même partielle, ne pourrait alors manquer d'avoir à plus long terme des conséquences sur la formation, la rémunération et l'évaluation des pratiques des professionnels de santé.

Si l'on en revient à la définition des actions de santé publique les plus susceptibles de contribuer à la lutte contre les inégalités, une troisième grande question porte sur leur ciblage. Faut-il, comme l'ont fait les Britanniques, cibler en priorité les enfants très jeunes, à la fois parce que les inégalités qui les concernent sont les moins acceptables, et pour des raisons d'efficacité des actions entreprises ?

Faut-il concentrer l'effort sur les populations les plus défavorisées, sachant que l'on risque alors de négliger les mécanismes qui sont à l'origine de la formation des inégalités de santé tout au long de l'échelle sociale, mais que, l'évaluation du bilan buccodentaire l'a montré, les actions de prévention à portée générale, si elles peuvent atteindre de façon préférentielle les ménages modestes, ont du mal à toucher les plus en difficulté d'entre eux [49]. Faut-il enfin privilégier une politique au niveau des territoires, en s'appuyant notamment sur les collectivités territoriales et les réseaux associatifs ? Le HCSP avait par exemple proposé en 2002 de créer des « zones de santé prioritaires », mais sans définir les avantages dont elles pourraient bénéficier, alors que les communes concernées ont relativement peu de ressources et que les professionnels libéraux ont tendance à s'installer préférentiellement dans les zones les mieux dotées en termes de niveau comme de cadre de vie.

Ces questions n'ont pas de réponses simples, et posent le problème politique de l'introduction de la « discrimination positive » dans le champ des politiques de santé. Elles appellent en tout cas une mise en débat, et sans doute des expérimentations dans le cadre d'une action d'ensemble.

Si l'on en vient à quelques propositions plus précises, les pouvoirs publics pourraient en tout cas réfléchir :

- à une reformulation du rôle assigné à la protection maternelle et infantile (PMI) dans un sens plus résolument orienté vers les comportements de prévention et les modes de vie ;
- aux règles d'accès aux cantines scolaires et aux activités périscolaires, dont on sait, pour les premières, qu'elles sont parfois fermées aux enfants de chômeurs, et, pour les deuxièmes, qu'elles restent socialement très discriminantes ;
- à la sensibilisation des professionnels de santé au repérage des situations sociales difficiles ainsi qu'à une meilleure prise en compte des problèmes d'alcool ;
- aux mécanismes susceptibles d'inciter les entreprises à prévenir la mise à l'écart des salariés fragiles en termes de santé et à prendre en compte dans leurs politiques de gestion des ressources humaines la chronicisation de certaines maladies ;
- à la façon dont les chômeurs pourraient se voir proposer, dans le cadre du Service public de l'emploi (SPE), un suivi et un accompagnement en termes de santé, au même titre que des actions de formation ou de réinsertion ;
- aux voies d'une meilleure articulation entre les politiques d'action sociale et de santé mentale, qui relèvent de logiques et de responsabilités différentes, mais qui ont de plus en plus tendance à s'interpénétrer [50] ;
- au ciblage et à la modulation des messages de prévention, dont il faut sans doute réévaluer la capacité à atteindre les différents groupes sociaux, par exemple en matière d'habitudes de vie ou de nutrition.

4. Conclusion

Les recherches en cours et à venir offrent donc aux politiques de santé publique des éléments solides pour construire et mettre en œuvre une stratégie donnant une réelle priorité à la lutte contre les inégalités sociales de santé en France.

On ne peut toutefois s'abstenir de s'interroger, même si c'est pour partie contradictoire avec ce qui vient d'être dit, sur la norme « de la santé à tout prix » que les discours de prévention ont parfois tendance à véhiculer vis-à-vis des couches populaires de la société.

Il y a là, il faut en être conscient, une dénégarion non seulement des préférences individuelles, mais du fait que la santé puisse ne pas se trouver au cœur des préoccupations prioritaires de certains groupes sociaux. La stigmatisation des fumeurs est par exemple socialement connotée, et le fait de pouvoir fumer est parfois considéré comme une liberté dans la culture ouvrière. Et il faut se demander si ce n'est pas le caractère insatisfaisant des choix de vie que la société offre, au sens de Sen, à certains de ses membres, qui conduit à ce type de pré-

férences « pour le présent », et si elles n'ont pas de ce fait, une certaine légitimité.

La santé, et en tout cas l'apparence corporelle, sont en outre de plus en plus considérées comme des « signes extérieurs de richesse » et exercent un rôle social de plus en plus discriminant.

Il faut donc aussi veiller à ce que les politiques de santé publique ne contribuent pas, comme cela a pu être le cas en matière d'éducation, à accroître les phénomènes de domination et de « violence symbolique », notion que Bourdieu a également mise en avant [51], et qui a, y compris dans le domaine de la santé, sans doute matière à faire réfléchir.

Remerciements

Merci à Vincent Boissonnat et Pierre Strobel pour les apports, éléments de discussion et avis dont ils ont fait bénéficier la conduite de cette réflexion.

Références

- [1] Whitehead M. Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: a European Perspective. *Milbank Q* 1998;76:3.
- [2] Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard PY, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. *Questions d'économie de la santé* 2005;n° 93.
- [3] Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : les apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sci Soc Sante* 2002;20:75–128.
- [4] Spira A. L'épidémiologie, une discipline carrefour. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2004;52:489–91.
- [5] Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris: La Découverte/Inserm; 2000.
- [6] Berthod-Wurmser M. Inégalités, précarité et santé : vers une nouvelle approche de la connaissance. In: *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001–2002*. Paris: La Documentation française; 2002. p. 493–501.
- [7] Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. In: *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2003–2004*. Paris: La Documentation française; 2004. p. 101–26.
- [8] Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stable chez les femmes. *Insee Première* 2005;n° 1025.
- [9] Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. *Études et Résultats* 2005;n° 436.
- [10] Borgès da Silva G, Minguet-Fabbri J, Orgebin JY, Herter G, Chanut C, Mabriez JC. Inégalités sociales de santé dentaire : la mesure du risque et des besoins sanitaires. *Santé Publique (Bucur)* 2003;15:347–58.
- [11] Azogui-Lévy S, Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé buccodentaire. *Questions d'économie de la santé* 2005;n° 94.
- [12] Anguis M, de Peretti C. Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux. *Études et Résultats* 2003;n° 231.
- [13] Bellamy V. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et Résultats* 2004;n° 347.
- [14] Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. *Études et Résultats* 2005;n° 378.
- [15] Caussat L, Le Minez S, Raynaud D. L'assurance maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? *Solidarité Santé* 2005;1:7–41.
- [16] Dourgnon P, Grignon M, Jusot F. L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de littérature. *Questions d'économie de la santé* 2001;n° 43.

- [17] Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard PY, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'économie de la santé* 2005;n° 43.
- [18] Guignon N. La santé des enfants de six ans à travers les bilans de santé scolaire. *Études et Résultats* 2002;n° 155.
- [19] Mesrine A. La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? *Econ Stat* 2000;334:33–48.
- [20] Sermet C, Khlal M. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2004;52:465–74.
- [21] Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H. Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits. *Questions d'économie de la santé* 2003;n° 63.
- [22] de la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide, *Insee Première* avril 2003;n° 893.
- [23] Mouquet M, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. *Études et Résultats* 2002; n° 192.
- [24] Caillavet F, Darmon N, Lhuissier A, Régnier F. L'alimentation des populations défavorisées en France. Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel. In: *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2005–2006*. Paris: La Documentation française; 2006. p. 279–322.
- [25] Andrieu E, Caillavet F, Lhuissier A, Momic M, Régnier F. L'alimentation comme dimension spécifique de la pauvreté. Approches croisées de la consommation alimentaire des populations défavorisées. In: *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2005–2006*. Paris: La Documentation française; 2006. p. 247–78.
- [26] Bellin-Lestienne G, Noukpoapé A, Deschamps V, Le Clésiau H, Delord G, Varsat B, et al. Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude ABENA, 2004–2005. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2006;11–12:81–4.
- [27] Chaix B, Chauvin P. L'apport des modèles multiniveaux dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2002;50:489–99.
- [28] Chaix B, Chauvin P. Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins. L'apport des méthodes d'analyse multiniveaux et spatiales. *Questions d'économie de la santé* 2005;n° 104.
- [29] Sampson R, Morenoff J, Gannon-Rowley T. Assessing "Neighborhood Effects". *Social Processes and New Directions in Research, Annu Rev Sociol* 2002;28:443–78.
- [30] Diez-Roux A. Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. *Am J Public Health* 2001;91:1783–9.
- [31] Bevort A, Lallement M. Le capital social : territoires et tribulations. In : le capital social. Performance, équité et réciprocité. *Rev MAUSS* 2006; 27:19–28.
- [32] Fassin D. Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2003;51:403–13.
- [33] Mormiche P, Boissonnat V. Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance ». *Rev Fr Aff Soc* 2003;1–2:267–85.
- [34] Malavolti L, Mermilliod C, Bataille P, Compagnon C, Moatti JP. Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic. *Études et Résultats* 2006;n° 487.
- [35] Masson A. Économie des solidarités. Force et faiblesse des solidarités comme antimarché. In: les solidarités familiales en question. *Entraide et transmission*. Paris: LGDJ Collection Droit et société; 2002. p. 143–82.
- [36] Fassin D. Naissance de la santé publique. Deux descriptions du saturnisme infantile à Paris (1987–1989). *Génèses* 2003;53:139–52.
- [37] Toulemon L. La fécondité des immigrées : nouvelles données, nouvelle approche. *Population et sociétés* 2004;n° 400.
- [38] Lainé F, Okba M, Rospabé S. Les difficultés des étrangers sur le marché du travail : effet nationalité, effet quartier ? *Premières synthèses* 2005; n° 17:3.
- [39] Lynch J, Davey Smith G, Kaplan G, House J. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment or material conditions. *BMJ* 2000;320:1200–4.
- [40] Marmot M, Wilkinson R. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *Br Med J* 2001;322:1233–6.
- [41] Meuret D, Morlaix S. L'influence de l'origine sociale sur les performances scolaires : par où passe-t-elle ? *Rev Fr Sociol* 2006;47(1):49–79.
- [42] Muntaner C, Lynch J, Davey Smith G. Social capital, disorganized communities, and the third way: understanding the retreat from structural inequalities in epidemiology and public health. *Int J Health Serv* 2001;31–2: 213–37.
- [43] Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Études et Résultats* 2006;n° 481.
- [44] Jusot F, Couralet P, Lengagne P. Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé. *La lettre de la MiRe* 2006;n° 9.
- [45] Morris S. Body mass index and occupational attainment. *J Health Econ* 2006;25:347–64.
- [46] Elbaum M. La recherche en santé publique : quelles perspectives ? *La lettre de la MiRe* 2005;n° 5.
- [47] Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France en 2002*. Paris: La Documentation française; 2002.
- [48] Arnould ML, Rattier MO, Raynaud D. Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003. *Études et Résultats* 2006;n° 490.
- [49] Bancheau C, Doussin A, Rochereau T, Sermet C. L'évaluation sociale du bilan buccodentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ? *Questions d'économie de la santé* 2002;n° 57.
- [50] Dodier N, Rabeharisoa V. Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social. *Politix* 2006;19/73:9–22.
- [51] Bourdieu P, Passeron JC. *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris: Les éditions de Minuit; 1970.