

23 janvier 2007 / n° 2-3

## Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux / *Special issue - Social health inequalities in France in 2006: an overview*

- p.9 **Éditorial - La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale** / *Editorial - Reducing the health inequalities is the key for social cohesion*
- p.10 **Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives** / *Scope, trends and reasons for social inequalities in health and mortality in Europe: a review of comparative studies*
- p.15 **Lombalgie invalidante et situation sociale, résultats issus de l'enquête HID (Handicap-incapacité-dépendance), France** / *Disabling low back pain and social status, results from a national study in France*
- p.17 **Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord – Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002** / *Impact of socioeconomic factors on the participation of women living in Nord-Pas-de-Calais to cancer screening: results of the National Health Survey, France, 2002*
- p.20 **Inégalité sociale des enfants face au surpoids en Alsace : données de la visite médicale d'admission en école élémentaire, France, 2001-2002** / *Social inequality in children's overweight in Alsace: data of the medical examination before admission to elementary school, 2001-2002*
- p.23 **Impact de l'état de santé sur le travail à temps partiel des français, approche par les maladies chroniques, France, 2002-2003** / *Impact of health status on part-time jobs of French population, approach through chronic diseases, France, 2002-2003*
- p.26 **Handicap et inégalités sociales en France, 1999** / *Disabilities and social inequalities in France, 1999*

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Isabelle Grémy, Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, France

### Éditorial

## La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale *Reducing the health inequalities is the key for social cohesion*

Martin Hirsch, Conseiller d'État, Président d'Emmaüs France, Directeur général de l'Agence nouvelle des solidarités actives

Ce numéro du Bulletin épidémiologique hebdomadaire vient étayer l'un des plus troublants paradoxes de notre système de santé : l'espérance de vie augmente régulièrement, mais les inégalités de santé ne se réduisent pas ! Certaines ont même tendance à s'aggraver. Ces inégalités sociales face à la santé sont particulièrement marquées pour les populations les plus vulnérables. Ainsi, l'espérance de vie des personnes à la rue, sans domicile fixe, est d'environ 45 ans, d'après les quelques données disponibles. Autrement dit, l'espérance de vie des plus pauvres en France est plus proche de l'espérance de vie au Sierra Léone (34 ans), pays qui a l'une des espérances de vie les plus courtes au monde, que de l'espérance de vie de l'ensemble de la population française. Autrefois, la pauvreté tuait brutalement. Aujourd'hui, elle tue tout aussi sûrement, mais plus lentement. Des inégalités qui ne touchent pas seulement les extrêmes, mais qui sont marquées entre les ouvriers et les cadres. Elles apparaissent précocement puisque dès l'école on détecte des différences dans la prise en charge des troubles de la vue, des caries dentaires et bien sûr dans l'évolution du surpoids.

Tout cela justifie amplement que l'objectif « réduire les inégalités de santé » figure dans les objectifs prioritaires de santé publique, ce qui est le cas depuis 2004. Mais que faire pour que cela ne soit pas un objectif perdu au milieu de cent et pour que les inégalités de santé se réduisent effectivement ? Les contributions rassemblées dans ce numéro donnent quelques pistes.

La première est que les politiques sociales réduisent les inégalités de santé. On a souvent dit que les formidables gains d'espérance de vie de la deuxième moitié du vingtième siècle sont autant, sinon plus, liés aux progrès de l'hygiène, des conditions de vie qu'aux innovations médicales. Pour cette moitié du vingtième et unième siècle, on pourra penser que tout ce qui réduira la précarité du travail, la précarité du logement, luttera contre la paupérisation au travail, augmentera les bas revenus, contribuera à réduire les inégalités de santé. Il y a de quoi faire...

La deuxième a trait aux politiques de prévention et de dépistage. Avec une situation contrastée. D'un côté, on voit dans ce numéro l'importance d'une politique de dépistage organisé du cancer pour réduire les inégalités. De l'autre, on constate que souvent les grandes politiques de

prévention – contre le tabac, l'alcool, les comportements alimentaires à risque – ont davantage tendance à accroître les inégalités qu'à les réduire. N'a-t-on pas vu la consommation de tabac diminuer plus vite chez les cadres que chez les personnes les plus modestes ? Cela impose de repenser les politiques de prévention pour qu'elles soient efficaces vis-à-vis des populations les plus défavorisées. On le voit très nettement en matière de nutrition, où les facteurs économiques sont déterminants et où il est difficile de préconiser de manger cinq fruits et légumes par jour quand le prix de ceux-ci est peu compatible avec un budget d'alimentation de deux ou trois euros par jour et par personne. Les campagnes de prévention doivent être, plus que toute autre politique publique, conçues en fonction de cibles prioritaires, qui sont les catégories sociales les plus modestes.

La troisième concerne l'accès au système de soins proprement dit. Ce numéro du BEH paraît au moment même où l'accès aux soins des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) – et plus encore ceux qui relèvent de l'aide médicale d'État – est en question, après la mise en évidence de comportements minoritaires mais fréquents de refus de soins. Terrible désillusion, alors que la CMU avait été conçue comme la réponse indispensable, cinquante ans après la création de la sécurité sociale, aux difficultés d'accès aux soins de celles et ceux qui ne bénéficiaient pas de l'assurance maladie, ou qui ne pouvaient cotiser pour une mutuelle. Débat qui intervient quelques temps après des rapports officiels montrant que l'offre de soins est souvent inversement proportionnelle à la demande, comme le montre l'analyse réalisée par l'Observatoire national des zones urbaines sensibles, phénomène qui risque de s'aggraver avec les évolutions prévisibles de la démographie médicale. Réduire les inégalités de santé imposera de développer des modes de tarification, de rémunération des professionnels qui garantissent que le système de santé répond bien aux besoins des plus défavorisés.

La réduction des inégalités de santé est une fin en soi, probablement la priorité des politiques de santé, même si elle est terriblement complexe. Elle conditionne beaucoup d'autres politiques. Un seul exemple : la question des retraites. Si pour des raisons économiques et démographiques, il faut continuer à reculer l'âge de la retraite, comment cette contrainte peut-elle être acceptable si les inégalités d'espérance de vie restent marquées ? C'est assez logiquement le problème qui est soulevé depuis quelques années par les partenaires sociaux et qui est d'une redoutable pertinence. La réduction des inégalités de santé est donc au cœur de la cohésion sociale.

---

## Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives

Emmanuelle Cambois (cambois@ined.fr)<sup>1</sup>, Florence Jusot<sup>2</sup>

1 / Institut national des études démographiques, Paris, France 2 / Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris, France

---

### Résumé / Abstract

La France, comme les autres pays européens, affiche de larges inégalités sociales face à la mort et en matière de santé. Les plus instruits, les catégories de professions les plus qualifiées et les ménages les plus aisés bénéficient d'une espérance de vie plus longue et se trouvent en meilleure santé. Les conclusions convergentes d'une étude à l'autre dans les pays de l'Union et les tâtonnements pour mesurer, comprendre et réduire les disparités sociales ont porté les préoccupations et questionnements dans ce domaine du niveau national au niveau européen. Les études européennes visent à limiter les problèmes de comparaison liés aux sources et données, facilitant alors l'interprétation des différences entre pays.

Ce panorama des études comparatives européennes sur les inégalités sociales de santé et de mortalité montre que dans l'ensemble des pays européens, les mêmes maladies contribuent aux inégalités face au risque de décès (maladies cardio-vasculaires, cancers et maladies du système digestif et du système respiratoire) ou face au risque de mauvaise santé (maladies cardio-vasculaires, du système nerveux, arthrose, diabète). On retrouve également des différences sociales face à l'incapacité et à la mauvaise santé perçue partout en Europe. Différents facteurs de risque et déterminants de ces inégalités sociales sont communs aux pays européens mais peuvent être plus ou moins prégnants, expliquant certaines variations régionales dans l'ampleur des différentiels à travers l'Union européenne. Par ailleurs, les études comparatives montrent un impact de l'accès et du recours aux soins ou encore des politiques de santé sur les inégalités sociales de santé. Ces travaux participent à l'accumulation des connaissances pouvant conduire dans les années à venir à une modification des politiques sanitaires et sociales visant à réduire ces inégalités.

### *Scope, trends and reasons for social inequalities in health and mortality in Europe: a review of comparative studies*

*In France, as elsewhere in Europe, social differentials in health and mortality are large. The most educated segments of the population, the most qualified occupations or the wealthiest households can expect both to live longer and to enjoy better health. Converging patterns from one study to the other across Europe, as well as the difficulties in measuring, understanding and reducing social inequalities, have brought the concerns and questions in this field from national to European level. European studies aim to limit the comparability problems linked to data sources in order to facilitate the interpretation of differences between countries.*

*This overview of European comparative studies on social inequalities in health and mortality shows that in every country, the same diseases and conditions contribute to socially differentiated risks of mortality (cardiovascular, respiratory and digestive diseases, cancers) and poor health (cardiovascular diseases and diseases of the nervous system, arthritis, diabetes). There are also social differences in disability and self-perceived ill-health. Various risk factors and health determinants are common to European countries, though they may not be equally prevalent, explaining the existence of regional variations across the Union. In addition, comparative studies show how access to and use of health care services or public health policy can contribute to social differentials in health and mortality. These comparative studies increase knowledge in this field and could contribute to future health and social policy reforms designed to reduce such differentials.*

---

### Mots clés / Key words

---

Inégalités sociales, santé, Europe / *Social inequalities, health, Europe*