

Les inégalités face à la santé

François Hada
Christophe Ricardo
Préface de Marisol Touraine

Les inégalités face à la santé

François Hada
Christophe Ricardo

Préface de Marisol Touraine

S O M M A I R E

Préface	5
Introduction	13
Les inégalités de santé en France : disparité des espérances de vie et prévalence de certaines pathologies	16
Les espérances de vie	16
Les maladies chroniques en forte augmentation	18
Causes de surmortalité et inégalités	21
Des résultats directement liés aux niveaux social et scolaire	23
Des différences de comportements socialement marquées ..	29
Des inégalités d'accès aux soins	35
Vieillesse, environnement et conditions de travail : des facteurs d'accroissement des inégalités ?	43
La dynamique démographique	43
La transformation de l'environnement	45
Les conditions de travail	49
Une influence significative sur l'aggravation des inégalités sociales en termes de maladies chroniques	58
Conclusion	63
<i>Annexe 1</i>	65
<i>Annexe 2</i>	69

François Hada est directeur des études du groupe socialiste de l'Assemblée nationale.

Christophe Ricardo est économiste.

PRÉFACE

SANTÉ : UN INVESTISSEMENT SOCIAL

Marisol Touraine

Il existe une forme de paradoxe à constater l'intérêt majeur des Français pour tout ce qui concerne la santé, face à la relative atonie du débat public en la matière. La récente discussion au Parlement de la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) en a offert une nouvelle illustration, le gouvernement agissant comme si un nécessaire consensus s'était établi sur les orientations de fond proposées. Consensus imaginaire, en l'espèce, tant cette loi passe à côté des principaux défis qui sont posés. De fait, la réflexion sur le financement de l'assurance-maladie a éclipsé depuis quinze ans celle sur les fondements mêmes de notre politique de santé. Je veux ici écarter par avance tout malentendu : il ne s'agit ni de

Marisol Touraine est députée de l'Indre-et-Loire, vice-présidente du groupe socialiste aux Affaires sociales et secrétaire nationale du Parti socialiste à la santé.

nier le caractère préoccupant de la dérive des comptes sociaux ni de banaliser la réflexion sur les moyens d'y faire face. Il convient néanmoins d'affirmer que la question de l'équilibre financier de la Sécurité sociale et celle des choix de politique de santé ne sont pas réductibles l'une à l'autre : avec des dépenses identiques, des politiques différentes peuvent être mises en œuvre. La hausse de la demande en matière de santé, caractéristique des pays développés dans un contexte de progrès techniques et thérapeutiques considérables, mais aussi les transformations de notre société, appellent à une réévaluation de nos priorités. Aussi paraît-il nécessaire d'*inverser l'ordre habituel de la réflexion, en partant non pas de la question du financement, mais de celle des besoins pour affirmer fortement que l'investissement dans la santé est un investissement social utile et productif.*

C'est à partir de ce double constat – le débat sur la politique de santé a éclipsé celui sur son financement, nos orientations politiques sont inadaptées face à certaines transformations sociales qui se sont opérées depuis quinze ans – que le groupe socialiste de

l'Assemblée nationale a souhaité engager une réflexion pour tenter de poser les principes d'une politique différente, sans relation directe avec l'examen d'un texte législatif. Avec la Fondation Jean-Jaurès, nous avons donc réuni un groupe comprenant, outre des députés impliqués dans les débats sur la santé, de nombreux experts et représentants des associations d'usagers, des chercheurs et des professionnels de la santé¹.

Notre réflexion s'est engagée – elle n'est à ce jour pas achevée – autour de trois axes, et elle ne prétend à nulle exhaustivité².

Le premier est celui des *inégalités de santé*, dont la réduction ne constitue pas un objectif des politiques menées. Les inégalités face à l'offre de soins sont renforcées par la politique actuellement menée : 15 % des Français disent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières, 40 % affirment les avoir différés. Les franchises médicales, dont l'inefficacité pour réformer les comportements est chose acquise, viennent accentuer

1. Cf. en annexe I la composition du groupe de travail.

2. Cf. en annexe II le programme de travail du groupe.

ces difficultés ; les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU), comme l'ont établi plusieurs études récentes, se heurtent à des obstacles croissants pour obtenir une consultation avec un médecin de ville. Cependant, le gouvernement a renoncé à encadrer les dépassements d'honoraires, cédé devant ceux qui refusaient la pratique du *testing* pour démontrer l'existence de refus de soins. Et Nicolas Sarkozy a fait part, lors du dernier congrès de la Mutualité française à Bordeaux, de sa volonté de transférer de la Sécurité sociale aux organismes complémentaires une part croissante des soins des patients souffrant d'affections de longue durée. Or les prestations servies par les organismes complémentaires sont extrêmement variables, en fonction du prix acquitté par les patients. Enfin, l'apparition de « déserts médicaux » dans notre pays, qu'il s'agisse de zones rurales ou de certains quartiers urbains, rend plus difficile, pour une part de la population, l'accès aux professionnels de santé.

Mais il nous paraît nécessaire de ne pas en rester à cette approche : la réduction des inégalités face à la santé – et

non face au seul accès aux soins – doit être un des pivots des politiques publiques. Il n'est pas contestable que les dernières décennies ont vu s'améliorer l'état de santé des Français ; pour autant, les inégalités perdurent : l'augmentation générale de l'espérance de vie n'a pas permis de réduire l'écart qui existe en la matière entre les ouvriers et les cadres. Autrement dit, dans le cadre d'une amélioration globale des conditions de santé, des inégalités demeurent. Depuis l'instauration de la CMU, aucune action n'a été mise en place avec la volonté revendiquée de les réduire. L'exemple des campagnes de prévention ou de dépistages est révélateur : socialement indifférenciées, elles privilégient l'amélioration de l'état de santé global de la population et occultent la dimension sociale de la santé.

Nous avons donc souhaité travailler à partir d'un état des lieux en la matière : c'est tout l'objet de cet essai, dans lequel François Hada et Christophe Ricardo ont mis en relation les études statistiques existant sur le sujet et sont parvenus à dresser les contours du champ de notre réflexion. Ils ont fait œuvre utile en nous fournissant les

éléments du diagnostic – les faits qui ne sont pas sujets à débat. Cet ouvrage est donc à lire comme l'introduction factuelle de l'essai de propositions politiques que nous publierons en 2010.

Le second axe de notre travail concerne *la conception même que l'on se fait d'une politique de santé*. En quelques décennies, les pathologies à prendre en compte ont beaucoup évolué. Certaines occuperont à court terme une place plus importante, par exemple en raison du vieillissement de la population ; les progrès techniques et l'apparition de nouvelles thérapeutiques ont permis à l'inverse de faire régresser certaines pathologies. Mais, plus fondamentalement, on voit apparaître une demande de prise en charge différente, qui n'est plus liée à une maladie mais à une situation sociale. Ainsi, un nombre croissant de patients affirment souffrir de pathologies liées à leurs conditions de travail (le stress) ou de vie (l'isolement). Pour les personnes âgées, la perte d'autonomie renvoie à une demande sociale large, qui ne peut se réduire à la prise en charge de la dépendance. Moins connus, les risques liés à

l'évolution et à la dégradation de notre environnement ne peuvent plus être minimisés, et la « santé environnementale » relève désormais du domaine d'intervention publique. Ce glissement vers des pathologies « sociales » appelle des réponses différentes, qui renvoient pour l'essentiel à la *nécessaire montée en puissance des politiques préventives face aux démarches exclusivement curatives*. Il est utile de rappeler la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé : « un bien-être physique, mental et social », dont la quête a pris dans notre quotidien une place croissante. C'est la raison pour laquelle nous avons consacré une part importante de notre réflexion aux liens existant entre santé et environnement ou encore entre santé et travail.

Tout cela mène à s'interroger à la fois sur l'allocation des ressources publiques et sur l'organisation de notre système de soins. Comment notre système de santé, de la médecine de ville aux hôpitaux publics, doit-il évoluer compte tenu de ces nouvelles données ? Comment réconcilier une demande plus individualisée de la santé avec une approche collective de la gestion des risques ? Nous pouvons craindre

que notre démarche ne fût tardive, étant donné le vote de la loi d'organisation présentée par Roselyne Bachelot. Il n'en est rien : nous sommes convaincus que cette loi ne changera pas significativement la donne alors que des défis importants nous attendent, déjà évoqués : l'apparition des « déserts médicaux », qui renvoie à une transformation profonde de l'exercice libéral de la médecine et doit déboucher sur des relations nouvelles entre les différents professionnels de santé ; la nécessité d'accorder une place plus grande à la prévention ; celle d'une meilleure articulation entre l'hôpital et la médecine ambulatoire...

Nous voulons que ces défis soient relevés en considérant la santé non plus comme une charge, mais à la fois comme un élément de progrès social à l'adresse de chaque individu et un champ d'opportunités en termes d'emploi, de contribution à la croissance, de qualification, de mode de vie. Nous ne banalisons pas la question du financement, mais celui-ci doit résulter de la réponse apportée à cette interrogation éminemment politique : quelle place entend-on accorder à la santé dans la définition de notre projet de société ?

INTRODUCTION

La santé est « un bien-être physique, mental et social¹ », dont la valeur a pris dans notre quotidien une place croissante. La recherche du bien-être et du risque zéro, le principe de précaution, l'accélération de la consommation médicale, l'augmentation des pressions sociales et juridiques traduisent cette transformation. Ainsi, les attentes en matière de santé sont-elles très fortes.

Dans un proche avenir, trois facteurs vont largement modifier la donne s'agissant de la « demande de santé » : le vieillissement démographique, l'évolution de l'environ-

3. Définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

nement (au sens notamment du réchauffement climatique) et l'évolution des conditions de travail. D'autres éléments concernant davantage l'« offre de santé », comme le progrès technique, vont bien entendu transformer en profondeur le système de santé. Mais pour redéfinir nos politiques publiques de santé, il nous faut partir des besoins de santé, des évolutions à venir et de leurs conséquences pour la relation entre usagers et système de santé.

La question de la santé véhicule des valeurs éthiques, sociales, économiques et juridiques. Ces éléments doivent permettre de poser des repères communs, au-delà de la réponse à la maladie, et sur cette base de faire des choix collectifs⁴. De ce point de vue, un système de santé livre aussi une image de la solidarité d'une société. Que nous révèle ce miroir ? La France, plus encore que d'autres pays européens, est le lieu d'inégalités sociales en matière de santé et de mortalité.

4. Edouard Bidou, Didier Tabuteau, *Les Nouveaux Paradigmes de la santé. Le bien-être à tout prix*, Larcier, 2008.

Or ces inégalités de santé risquent d'être accentuées par les évolutions qui viennent d'être évoquées. En ce sens, l'analyse de l'état des lieux épidémiologique conduit à un constat alarmant. L'effet du vieillissement (mais aussi de la dynamique du progrès médical) sur la demande de santé, les risques liés à l'évolution de l'environnement et les liens entre conditions de travail et santé interviennent en France dans une situation d'état général de santé plutôt favorable. Cependant, la mortalité évitable est élevée, les inégalités sociales de santé se renforcent et la corrélation sociale entre les modes de consommation et de vie et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques se développe. Ce constat peut faire craindre une forte aggravation des inégalités de santé, notamment en raison des difficultés croissantes d'accès aux soins.

LES INEGALITES DE SANTE EN FRANCE : DISPARITES DES ESPERANCES DE VIE ET PREVALENCE DE CERTAINES PATHOLOGIES

Les espérances de vie

L'état de santé des personnes s'améliore régulièrement à l'échelle mondiale. L'espérance de vie a progressé presque partout dans le monde au cours de la dernière décennie. En France, l'état de santé de la population est globalement bon, mais la mortalité prématurée reste l'une des plus élevées de l'Union européenne.

L'espérance de vie des femmes (84 ans en 2006) comme celle des hommes (77,1 ans en 2006) est plus élevée que celle de nos voisins et continue de progresser (+ 3,1 ans pour les hommes et + 2,1 ans pour les femmes depuis dix ans). En 2005, l'espérance de vie à 65 ans était parmi les plus élevées d'Europe, pour les femmes (22 ans) et les hommes (17,7 ans). Le nombre d'années de vie sans incapacité à 65 ans reste stable à environ dix ans pour les hommes et quinze pour les femmes. L'allongement de la

durée de vie ne semble donc pas engendrer de dégradation de l'état de santé global de la population⁵.

Le taux brut de mortalité globale⁶ de la France (8,4 pour 1 000 en 2006) est l'un des plus faibles d'Europe. Le taux de mortalité infantile (3,7 pour 1 000 en 2006) a diminué de 23 % en dix ans et est désormais l'un des plus faibles du monde⁷. En revanche, la mortalité prématurée « évitable », notamment liée aux cancers et aux pathologies provoquées par le tabac et l'alcool, mais aussi aux suicides et aux accidents de transport, reste assez élevée. Cette surmortalité touche surtout les hommes, dont le taux de mortalité prématuré est 2,2 fois supérieur à celui des femmes. En 2003, parmi les vingt-cinq pays de l'Union européenne, le taux de mortalité « évitable » des hommes français est l'un des plus élevés, devant le Portugal, le Luxembourg ou le Royaume-Uni (où le taux de mortalité prématurée est moitié moindre qu'en France)⁸.

5. Emmanuelle Cambois, Florence Jusot, « Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3, 23 janvier 2007.

6. Nombre de décès durant une période donnée rapporté à la population au milieu de l'année.

7. Emmanuelle Cambois, Florence Jusot, *art. cit.*, 2007.

8. *Ibid.*

Tableau 1 :
Espérance de vie à différents âges (en années)

	À la naissance		À 20 ans		À 60 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
1994	81,8	73,6	62,6	54,6	25,0	19,7
2001	82,9	75,4	63,5	56,2	25,7	20,6
2006	84,1	77,2	64,6	57,8	26,7	21,8
2007 (p)	84,4	77,5	64,8	58,1	26,9	22,0

(p) : données provisoires.

Lecture : En « espérance statistique », en 2006, une femme de 20 ans pouvait compter encore vivre 64,6 ans.

Champ : France métropolitaine et Dom.

Source : Insee, état civil et enquête Villes.

Les maladies chroniques en forte augmentation

L'amélioration des états de santé s'est accompagnée d'une forte augmentation de la prévalence⁹ des maladies chroniques. Dans une large mesure, cette évolution témoigne d'une meilleure efficacité du système de santé

– des pathologies autrefois « rapidement mortelles » font l'objet d'une prise en charge dans la durée. On parle ainsi de « transition épidémiologique » : nous passons d'une époque caractérisée par les maladies infectieuses et la prise en charge des patients « en phase aiguë » à l'hôpital à une autre, dominée par la prévalence des maladies chroniques et donc par des prises en charge sur de longues périodes, nécessitant une coordination entre les acteurs de soins et les acteurs accompagnant les patients sur le plan social.

En 2003, les trois quarts des personnes interrogées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)¹⁰ percevaient leur état de santé comme « très bon » ou « bon », mais six sur dix déclaraient souffrir d'au moins une maladie, qu'elle soit chronique (47 %) et/ou non chronique (31 %). Les écarts sont très nets selon l'âge et le genre et selon que les maladies sont ou non déclarées chroniques :

10. Drees, « L'état de santé en France en 2003 : Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé de l'INSEE réalisée en 2003 », *Etudes et Résultats* n° 436, octobre 2005.

9. Importance d'une pathologie dans la population totale ou de référence.

- entre 30 et 44 ans, 38 % des femmes et 33 % des hommes déclarent au moins une pathologie chronique ;
- entre 60 et 74 ans, ces proportions atteignent 73 % pour les femmes et 66 % pour les hommes,
- chez les 75 ans et plus, l'écart se resserre.

Par ailleurs, 14 % des personnes interrogées déclarent souffrir durablement d'une restriction d'activité. Cette proportion est rapidement croissante avec l'âge (elle passe de 4 % chez les 18-29 ans à 21 % chez les 60-74 ans) et elle est souvent liée à la déclaration d'une maladie chronique : un tiers des personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques est ainsi concerné. Enfin, une personne sur cinq déclare au moins une incapacité physique et/ou sensorielle, définie comme l'impossibilité ou la difficulté d'accomplir au moins un acte élémentaire de la vie quotidienne. Là encore, l'âge et la présence de maladies chroniques sont des facteurs déterminants.¹¹

11. IRDES, Enquête « Santé Protection sociale 2006 ».

Causes de surmortalité et inégalités

Les causes de mortalité prématurée sont multiples. Cancers, maladies du système respiratoire et du système digestif et maladies cardio-vasculaires figurent parmi les plus « inégalitaires » socialement en matière de mortalité en Europe.

Dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, en France, le diabète et les maladies respiratoires figuraient parmi les principales causes de surmortalité des ouvriers et des employés par rapport aux cadres supérieurs¹². La contribution des cancers aux inégalités de mortalité est de 24 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes. Le facteur social est particulièrement fort en ce qui concerne les cancers du poumon et du foie pour les hommes et les cancers de l'œsophage, de l'estomac et de l'utérus pour les femmes¹³.

12. Eric Jougl, Stéphane Rican, Françoise Pequignot, Alain Le Toulec, « La mortalité » in Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte/Inserm, 2000.

13. F. Faggiano, T. Partanen, M. Kogevinas, P. Boffetta, *Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality*, International Agency Research on Cancer Scientifics publications, 1997.

Néanmoins, la mortalité de maladies cardio-vasculaires et de certains cancers (estomac, utérus, cancers liés à l'alcool chez les hommes) a été réduite¹⁴. Mais toutes les catégories sociales n'ont pas bénéficié de manière homogène de ce progrès.

Ainsi, concernant les femmes, ces pathologies expliquent 60 % des différences de mortalité entre celles ayant un niveau scolaire élevé et celles ayant un faible niveau scolaire (contre 40 % chez les hommes)¹⁵. Elles sont, par ailleurs, un marqueur social plus fort dans l'Europe du Nord que dans celle du Sud, France y compris, dessinant une frontière Nord-Sud des types d'inégalités de mortalité en Europe¹⁶. Plusieurs études menées en Europe, au moins dans six pays¹⁷, concluent au mieux à un maintien des écarts de mortalité, sinon à une aggravation des

inégalités¹⁸. En effet, la mortalité prématurée moindre s'explique par la sensibilisation des populations aux différents facteurs de risque, comme la consommation de tabac ou d'alcool. Mais ces campagnes ont surtout eu un impact au sein des catégories les plus favorisées, creusant l'écart avec les personnes les moins favorisées.

Des résultats directement liés aux niveaux social et scolaire

La France, plus encore que d'autres pays européens, souffre d'inégalités en matière de santé et de mortalité¹⁹. De nettes disparités persistent d'une part entre hommes et femmes, et d'autre part entre territoires ou catégories sociales. De même, les inégalités en termes de mortalité prématurée sont très corrélées au niveau scolaire.

14. France Meslé, « Progrès récents de l'espérance de vie en France: les hommes comblent une partie de leur retard », *Population*, 2006.

15. Martijn Huisman, Anton E. Kunst, Matthias Bopp, *et al.*, « Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight Western European populations », *The Lancet*, 2005.

16. Johan P. Mackenbach, Anton E. Kunst, Adriëne E. Cavelaars, Feijke Groenhouf, « Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: an international study », *Eur. Heart J.*, 2000.

17. Finlande, Suède, Norvège, Danemark, Angleterre et Pays de Galles, Italie (1981-85 et 1991-95).

18. Johan P. Mackenbach, Vivian Bos, Otto Andersen, *et al.*, « Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries », *Int. J. Epidemiol.*, 2003.

19. Les inégalités sociales de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux. Les développements ci-après concernant les inégalités de santé s'appuient largement sur les éléments du dossier « Inégalités et santé » réalisé par Didier Fassin dans *Problèmes politiques et sociaux*, n° 960, mai 2009.

Ainsi, au milieu des années quatre-vingt-dix, l'espérance de vie d'un homme à 35 ans, cadre ou occupant une profession intellectuelle supérieure, dépassait d'environ sept années celle d'un ouvrier du même âge²⁰. Ces inégalités surgissent très tôt dans la vie, dès l'école où apparaissent diverses carences et des problèmes dentaires, de vue ou de surpoids. Les catégories sociales les plus instruites, exerçant les professions les plus qualifiées, et les ménages percevant les revenus les plus élevés sont en meilleure santé et bénéficient d'une espérance de vie plus longue que la moyenne. Ces différences figurent dans presque tous les domaines de la morbidité²¹ (maladies cardio-vasculaires, cancer, accidents, problèmes dentaires et santé mentale), mais aussi dans les recours à la prévention et aux soins. Ces disparités sont la combinaison des différences d'exposition aux risques, d'environnement et de comportements individuels²².

20. Christian Monteil, Isabelle Robert-Bobée, « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee Première*, 2005.

21. Nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné, en général une année, dans une population. L'incidence (nouveaux cas) ou la prévalence (somme de tous les cas) sont deux façons d'exprimer la morbidité d'une maladie.

22. Emmanuelle Cambois, Florence Jusot, *art.cit.*, 2007.

L'espérance de vie augmente continûment. Mais ce progrès ne profite pas de manière homogène à toutes les catégories sociales, en particulier pour les hommes :

- à 35 ans, l'espérance de vie d'un cadre à la fin des années quatre-vingt-dix était de 46 ans, soit un gain de 4,5 ans par rapport aux années quatre-vingt,
- celle d'un ouvrier de 39 ans, soit un gain de 3,5 ans seulement.

Par ailleurs, hommes et femmes cadres supérieurs ont une espérance de vie supérieure respectivement de 2 et 5 ans par rapport à la moyenne et de 3 et 7 ans par rapport à la catégorie des ouvriers.

L'indicateur mesurant l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), et prenant comme critère de bonne santé l'absence de limitation d'activité dans la vie quotidienne, permet de comparer la situation des divers groupes sociaux et de mesurer l'ampleur des inégalités.

Tableau 2 :
**Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé
ou sans incapacité (EVSI)**

	Hommes			Femmes		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Allemagne	60,0	63,2	55,0	64,3	64,6	55,1
France	60,0	60,1	62,0	62,4	63,2	64,3
Italie	66,7	69,7	65,8	70,0	72,9	67
Royaume-Uni	60,6	61,3	63,2	61,2	61,2	65,0

Source : Eurostat.

Les EVSI augmentent de manière continue en France comme chez nos voisins. Mais des disparités importantes segmentent les catégories sociales. Les ouvriers conjuguent une espérance de vie plus courte que les autres catégories professionnelles et des périodes d'incapacité plus longues. A 35 ans, les hommes cadres vivront en moyenne 34 de leurs 46 à 47 années d'espérance de vie sans souffrir d'incapacité de type I (problèmes de vue, difficultés d'audition ou de mouvement), soit dix ans de

plus que les ouvriers qui ne disposent que de 24 années. Pour les femmes, l'écart d'espérance de vie sans incapacité entre cadres supérieures et ouvrières est comparable (huit années d'écart). Ainsi, à 35 ans, l'espérance de vie sans incapacité est de 35 ans pour les cadres supérieures contre 27 ans pour les ouvrières.

L'espérance de vie sans incapacité de type II (maladie ou affection entraînant des gênes dans l'activité professionnelle mais aussi les tâches domestiques) est de 40 ans pour les cadres supérieurs contre 32 ans pour les ouvriers.

Enfin, l'espérance de vie sans incapacité de type III (dépendance, difficultés à réaliser les activités élémentaires de soins personnels comme faire sa toilette ou s'alimenter) est de 45 ans chez les hommes cadres supérieurs âgés de 35 ans, contre 38 ans chez les ouvriers.

Ainsi, au cours d'une vie déjà plus courte, les ouvriers passent moins de temps sans incapacité que les cadres, tandis que les autres catégories professionnelles

connaissent des situations intermédiaires²³. Ces résultats sont équivalents dans les autres pays « développés »²⁴ mais les données françaises placent notre pays dans une situation relative médiocre.

En Europe, selon une étude menée sur la période allant de 1985 à 1992, les inégalités sociales en termes de mortalité prématurée sont fortes chez les hommes de 45 à 65 ans, en particulier entre les métiers manuels et les métiers non manuels²⁵. La France est dans la fourchette basse des résultats : dans les années quatre-vingt-dix, le taux de mortalité des personnes exerçant des métiers manuels était égal à 1,7 fois celui des personnes exerçant des métiers non manuels, contre 1,5 en moyenne dans les autres pays européens.

23. Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde, Jean-Marie Robine, « La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et société*, n°441, janvier 2008.

24. Jean-François Ravaud, Pierre Mormiche, « Santé et handicaps, causes et conséquences d'inégalités sociales », in Jean-Paul Fitoussi, Patrick Savidan, *Comprendre les inégalités*, PUF, 2003.

25. Johan P. Mackenbach, Anton E. Kunst, Adrienne E. Cavelaars, *et al.*, « Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe », The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, *The Lancet*, 1997.

Des différences de comportements socialement marquées

L'analyse des évolutions épidémiologiques fait également apparaître le très fort impact de certains comportements comme la consommation de tabac, les habitudes de consommation d'alcool ou les habitudes alimentaires sur la santé. « Quelles que soient les données évoquées, elles montrent à l'évidence que les comportements diffèrent de manière très marquée entre catégories sociales »²⁶. Mais « peut-on considérer les comportements comme relevant de la responsabilité individuelle ? (...) L'idée selon laquelle les comportements relèvent de la seule responsabilité individuelle est favorisée par une époque et une société dans lesquelles la place de l'individu est sans cesse réaffirmée, où son libre arbitre, ses capacités de contrôle sur sa vie et son environnement sont valorisés. Mais les individus participent d'un contexte social, économique et culturel »²⁷.

26. Omar Brixli, Thierry Lang, « Comportements », in Annette Leclerc, Didier Fassin, *et al. (dir.)*, *op. cit.*, 2000.

27. *Ibid.*

L'état de santé est lié à l'appartenance sociale, à travers les revenus, les modes d'alimentation, les modes de vie, les pratiques culturelles. Les écarts se creusent parfois dès la petite enfance.

Globalement, au-delà des écarts de revenus et de scolarité, les relations sociales jouent un rôle décisif dans les différences de comportements. L'importance des réseaux sociaux que les personnes sont capables de mobiliser dans leur vie quotidienne a une forte influence. En plus du capital économique et du capital culturel, ce que les sociologues appellent le « capital social » influe sur l'état de santé²⁸.

Trois types de comportements de consommation constituent des marqueurs sociaux importants en matière d'inégalités de santé :

- la consommation d'alcool,
- le tabagisme,
- la surcharge pondérale.

28. Didier Fassin, « Le capital social de la sociologie à l'épidémiologie. Analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *Revue d'épidémiologie et de la santé publique*, 51, 2003.

Le tabagisme reste un problème de santé publique considérable. En France, l'augmentation du prix du tabac n'a pas eu d'effets homogènes sur l'ensemble des fumeurs. Elle a provoqué une baisse générale de la consommation de tabac, mais de manière différenciée selon les catégories sociales.

En ce qui concerne les femmes, les ouvrières et les employées fument davantage en 2003 qu'en 1980. En effet, en 1980, le taux de consommation des ouvrières augmente de 8,9 % à 30,5 % en 2003, soit + 21,6 points. De plus, le taux de consommation de tabac des ouvrières reste supérieur de près de dix points à la moyenne des femmes en 2003.

La baisse de la consommation de tabac est plus nette chez les hommes cadres (23,8 % en 2003 contre 45,2 % en 1980) que chez les ouvriers (48,5 % contre 55,5 %) : l'écart entre ces deux catégories a doublé. Surtout, alors que le taux de consommation de tabac des hommes baisse de 46,9 % en 1980 à 31,8 % en 2003, celui des femmes

augmente de 16,7 % en 1980 à 21,7 % en 2003, soit cinq points de plus.

Par ailleurs, si en France la consommation d'alcool diminue, l'excès de consommation d'alcool explique une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. Les quantités d'alcool consommées sur le territoire français ont baissé d'environ 10 % entre 1999 et 2006, principalement du fait de la baisse tendancielle de la consommation de vin. Mais la France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool. Les agriculteurs, les artisans, les commerçants et les ouvriers non qualifiés sont les plus touchés par le risque d'alcoolisation excessive chronique²⁹.

Enfin, le développement de la surcharge pondérale nécessite des modifications durables en matière d'alimentation et

d'activité physique. La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente partout dans le monde occidental. En France, le nombre de personnes en surcharge pondérale, et notamment le nombre d'obèses, a fortement augmenté au cours des années quatre-vingt-dix et 2000 dans la population adulte. Aujourd'hui, 11 % des adultes et 4 % des enfants sont obèses. De même, un peu plus d'un tiers des hommes et 23 % des femmes sont en surpoids, tout comme 14 % à 20 % d'enfants. Là encore, l'influence du milieu socio-économique est importante : la surcharge pondérale est nettement plus fréquente dans les milieux les plus modestes³⁰.

Les disparités sociales se manifestent dès les plus jeunes âges. La proportion d'enfants concernés varie nettement d'une catégorie sociale à l'autre :

- en classe de CM2, 0,6 % des enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures scolarisés souffrent d'obésité, contre 6,1 % des enfants d'ouvriers ;

29. Emmanuelle Cambois, Florence Jusot, *art.cit.*, 2007.

30. *Ibid.*

- en classe de troisième, 12 % de l'ensemble des élèves ont un problème de surpoids et un peu plus de 4 % ont un problème d'obésité ;
- 8 % des enfants dont le père est cadre supérieur sont en surpoids, contre près de 16 % des enfants d'ouvriers non qualifiés³¹.

Un quatrième marqueur social concerne la santé bucco-dentaire, pour laquelle l'origine sociale joue un rôle très net. Alors que 4,5 % de l'ensemble des enfants de classe de troisième ont deux, ou plus, dents cariées non soignées, ce taux tombe à 0,5 % si le père est cadre supérieur et monte au contraire à 8,5 % si le père est ouvrier non qualifié. Soit un taux 17 fois plus important³².

31. Nathalie Guignon, Jean-Baptiste Herbet, Laure Fonteneau, Jean-Paul Guthmann, « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 : Premiers résultats », *Etudes et résultats* n°632, Drees, avril 2008.

32. Nathalie Guignon, Jean-Baptiste Herbet, Sandrine Danet, Laure Fonteneau, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004, premiers résultats », *Etudes et résultats* n°573, Drees, mai 2007.

Des inégalités d'accès aux soins

Les problèmes de santé obèrent fortement l'insertion sociale et professionnelle des personnes qui sont déjà dans des situations socio-économiques défavorisées. Différentes études³³ ont montré que la santé des personnes au chômage était particulièrement dégradée. Cette question va prendre une forte actualité dans le contexte actuel du marché de l'emploi.

« C'est la conjonction et l'articulation d'ensemble concernant les ressources matérielles, l'activité professionnelle et la position dans l'emploi, l'intégration sociale et les relations avec les autres qui rendent compte des écarts plus ou moins observés. Dans cet ensemble les soins ne jouent qu'un rôle secondaire mais on aurait tort de le négliger »³⁴. La qualité des prestations offertes est différente en fonction des liens sociaux, avec des effets

33. Catherine Sermet, Myriam Klat, « La santé des chômeurs en France : revue de littérature », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 52, 2004.

34. Didier Fassin, Dossier « Inégalités et santé » dans *Problèmes politiques et sociaux*, n° 960, mai 2009.

parfois significatifs sur l'espérance de vie, notamment sur le cancer.

Les difficultés dans l'accès à des soins de qualité proviennent à la fois des conditions d'accès à la protection sociale mais aussi des conditions de recours au système de soins et donc à son organisation.

S'agissant de la couverture maladie, le revenu du ménage joue un rôle déterminant. Le taux d'effort (en pourcentage du revenu) des ménages pour s'offrir une complémentaire santé varie de 10 % pour les ménages les plus pauvres à 3 % pour les ménages les plus riches. Les premiers fournissent donc un effort trois fois plus élevé que les seconds pour bénéficier de prestations inférieures à celles des seconds³⁵. Les moins riches sont donc moins bien remboursés et doivent y regarder à deux fois avant de consulter un médecin.

35. Bidénam Kambia-Chopin, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau, « Les contrats complémentaires individuels : quel poids dans le budget des ménages ? », in *Enquête sur la santé et la protection sociale 2006*, Rapport IRDES, n° 1701, avril 2008.

D'ailleurs, en 2006, 14 % de la population a déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. C'était le cas de 32 % des personnes sans couverture aucune, de 19 % des bénéficiaires de la CMU (couverture maladie universelle) et de 13 % des bénéficiaires d'une mutuelle privée. Les renoncements concernent majoritairement les soins dentaires, puis les lunettes et les soins de spécialistes³⁶. Ils augmentent nettement pour les ménages dont le revenu est inférieur à 2 500 euros mensuels³⁷. Or il faut rappeler que le niveau de vie médian en France était en 2006 de 1 466 euros par individu³⁸.

L'absence de couverture par une complémentaire santé est le principal facteur de renoncement aux soins. Malgré la CMU et l'Aide pour l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en 2006, 7 % des Français déclarent n'avoir aucune couverture complémentaire santé. Ce sont notamment :

36. *Ibid.*

37. Emmanuelle Cambois, Florence Jusot, *art. cit.*, 2007.

38. Source : Insee.

- 14,4 % des personnes vivant dans des ménages disposant de moins de 800 euros par mois,
- et 18 % des chômeurs, ce qui s'explique par le fait que l'accès à une couverture santé complémentaire passe souvent par l'entreprise³⁹.

Les dispositifs comme la CMU et les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) doivent permettre aux personnes en situation précaire d'accéder à des conditions de soins de droit commun⁴⁰. Même si plusieurs rapports ont signalé les refus de soins que subissent certaines populations, notamment les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME (Aide médicale de l'Etat), la CMU a néanmoins permis un rattrapage des consommations de soins de ces populations⁴¹ ; elle a notamment permis de réduire sensiblement les renoncements aux soins des ménages les plus modestes. Toutefois, sur les six millions de personnes qui pourraient prétendre à la CMU, 20 % n'en disposent pas : désocia-

39. Bidénam Kambia-Chopin, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau, *art. cit.*, 2008.

40. Emmanuelle Cambois, Florence Jusot, *art. cit.*, 2007.

41. Denis Raynaud, « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », *Études et Résultats*, Drees, 2003.

lisées, elles n'ont pas connaissance du dispositif ou ne le demandent pas⁴².

Mais la politique de laissez-faire en matière tarifaire et l'explosion des dépassements ainsi que la création des franchises ont conduit à une nouvelle dégradation dans l'accès aux soins.

Par ailleurs, la répartition territoriale de l'offre de soins est de plus en plus inégale. Elle crée des difficultés d'accès aux soins de premier recours comme aux soins spécialisés. On voit apparaître de véritables « déserts médicaux ». Dans beaucoup de territoires, il devient difficile d'accéder aux soins dans des délais raisonnables, d'autant que la permanence des soins est souvent fragile.

Les inégalités d'accès à des soins de qualité sont aussi liées à des pratiques de recours aux soins qui sont spécifiques aux différentes catégories socioprofessionnelles.

42. Bidénam Kambia-Chopin, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau, *art. cit.*, 2008.

Les cadres ont par exemple plus souvent recours aux spécialistes que les ouvriers. Les ouvriers, quant à eux, consomment nettement plus de prestations hospitalières que les cadres. Mais « d'une manière apparemment paradoxale la dépense élevée des soins hospitaliers des pauvres et des ouvriers n'est pas considérée en général comme une inégalité en leur faveur. Pour certains, cette surconsommation traduit un état de santé plus dégradé, lui-même lié à un moindre recours aux soins de ville et à la prévention »⁴³.

En fait, les disparités entre catégories sociales sont particulièrement marquées dans les conditions d'accès aux soins secondaires qui « caractérisent la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact depuis l'identification du besoin de soins jusqu'à la délivrance des soins nécessaires »⁴⁴.

43. Michel Grignon, Dominique Polton, « Inégalités d'accès et recours aux soins », in Christine Daniel, Christine Le Clainche, *Mesurer les inégalités : de la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, Paris, Mission recherche Drees, 2000.

44. Pierre Lombrail, « Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55, 2007.

Les différences de recours aux soins amènent au développement des pratiques de dépassements d'honoraires et rendent plus difficile l'accès aux spécialistes pour une partie de la population. Ce qui limite, de fait, l'accès de ces publics aux soins secondaires. Dans une période de forte innovation médicale, l'accès aux soins les plus récents ou les plus performants des personnes moins favorisées sur le plan socio-économique se trouve donc sérieusement détérioré.

Les conditions d'accès aux soins sont aussi liées à l'organisation générale du système de soins. Il apparaît ainsi que les inégalités dans l'accès aux soins sont moindres dans les pays où le système de santé a confié un rôle majeur aux médecins généralistes (dans le cadre de l'organisation des soins primaires) pour l'orientation et l'accompagnement des patients et donc l'accès aux soins secondaires⁴⁵.

45. Zenep Or, Florence Jusot, Engin Yilmaz, « Impact of health care system on socio-economic inequalities in doctor use », *DT*, 17 septembre 2008.

Ce panorama statistique des inégalités de santé est à l'évidence incomplet. Il est un état des lieux qu'il nous faut dorénavant resituer dans un processus dynamique qui risque fort d'amplifier ces inégalités de santé ou d'en faire apparaître de nouvelles : le vieillissement démographique, les transformations de notre environnement, pris au sens large, et les transformations des conditions de travail sont des accélérateurs et des amplificateurs d'inégalités de santé qui ajoutent aux défis que nous devons relever.

VEILLISSEMENT, ENVIRONNEMENT ET CONDITIONS DE TRAVAIL : DES FACTEURS D'ACCROISSEMENT DES INEGALITES ?

La dynamique démographique

La demande de santé se développe en raison des effets du vieillissement de la population. Celui-ci est largement la résultante d'une dynamique de progrès médical mais aussi de la capacité de consacrer davantage de ressources à la santé.

En 2005, 21 % des Français atteignaient 60 ans, 8 % 75 ans et 1,8 % 85 ans. En 2030, ces proportions pourraient atteindre 31 %, 13 % et 4 %⁴⁶. La croissance de la population dite âgée est plus forte que celle de la population dite jeune, ce qui va provoquer un vieillissement moyen de la population. Ce mouvement est ancien mais il s'accélère : à la baisse séculaire de la fécondité s'ajoute désormais la baisse de la mortalité à des âges élevés. L'espérance de vie à soixante ans ne progresse

46. C. Brutel, L. Omlelek, « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements : horizon 2030-2050 », Insee, collection Insee résultats, n°16, 2003.

quasiment pas jusqu'en 1950. Ce n'est qu'à partir de cette date qu'elle se met à augmenter. Depuis, les gains en espérance de vie s'accompagnent de progrès dans la longévité, ce qui conduit à une augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population. Toutefois, il reste beaucoup d'incertitudes pour l'avenir.

Les dépenses de santé s'élevant avec l'âge, le vieillissement de la population implique une augmentation de la dépense moyenne de santé. Cependant, contrairement à une idée répandue, cet effet mécanique reste modéré. L'accroissement de la consommation médicale ne relève donc pas seulement d'une fatalité démographique ou épidémiologique mais bien d'une intensification du recours aux soins sous l'effet conjoint d'une offre et d'une demande croissantes⁴⁷. L'évolution de la morbidité est étroitement liée au progrès médical qui permet d'améliorer la performance des soins mais crée

également des besoins nouveaux liés aux innovations technologiques⁴⁸. De nouveaux produits et de nouvelles procédures apparaissent continuellement et sont rapidement incorporés dans les pratiques médicales. C'est leur diffusion qui est la cause principale de l'augmentation des dépenses de santé.

Le vieillissement de la population mondiale favorise l'émergence de nouveaux besoins, en termes de soins des maladies chroniques de longue durée par exemple, mais aussi en termes de nouveaux champs pathologiques à gérer, comme la santé mentale, ou de situations à prendre en charge, telle la perte d'autonomie.

La transformation de l'environnement

Comme le fait apparaître une note récente du Centre d'analyse stratégique⁴⁹, l'évolution et la dégradation de

47. Dominique Polton, Catherine Sermet, « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (numéro thématique « La santé des personnes âgées »), n° 5-6, 2006.

48. Brigitte Dormont, *Les dépenses de santé, une augmentation salubre*, CEPREMAP, 2009.

49. Centre d'analyse stratégique, *Environnement et santé humaine en France : quels défis pour l'action publique et le système de santé ?*, mars 2009.

l'environnement s'accompagnent de risques croissants pour la santé. Les changements climatiques, la raréfaction de la couche d'ozone, la diminution de la diversité biologique, la dégradation des écosystèmes et la propagation de polluants organiques résistants sont autant de menaces environnementales qui pèsent globalement sur la santé dans tous les pays.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique que 14 % des maladies dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à revenus élevés ont pour cause l'environnement. En France, les transformations environnementales devraient provoquer une redistribution des pathologies entre hiver et été, notamment une augmentation des maladies cardiovasculaires, des affections respiratoires et des intoxications alimentaires en été, compensée en partie par un recul l'hiver des décès liés au froid.

L'interdépendance entre qualité environnementale et santé publique fait ainsi apparaître de nouveaux risques :

cancers⁵⁰, affections cardio-respiratoires⁵¹ ou neurologiques⁵², atteintes du système immunitaire (allergies), maladies des reins (dues à l'exposition aux métaux lourds). La diffusion de produits nocifs favorisée par la mondialisation des échanges pose un problème en termes de sécurité sanitaire. Les biotechnologies dans le secteur alimentaire, l'utilisation de substances toxiques et dangereuses, voire leur intégration dans les produits de consommation courante ou dans la production de biens, sont également susceptibles de provoquer une détérioration sanitaire.

Globalement, si des progrès importants ont été réalisés sur une longue période par exemple en matière de qualité de l'eau ou de l'air, il reste beaucoup à faire dans des secteurs comme le bâtiment.

50. Dus à l'amiante, aux dioxines, aux rayonnements ionisants, aux substances chimiques en milieu professionnel, etc.

51. Asthme, bronchites chroniques.

52. Liées à l'exposition aux pesticides, au plomb, etc.

Des points de concentration des risques apparaissent à la fois sur le plan géographique et social. Les atteintes à la santé du fait de l'environnement ne sont pas distribuées de manière homogène et leurs effets ne sont pas uniformes géographiquement. Le passé industriel a davantage dégradé l'environnement du Nord-Pas-de-Calais ou de la Seine-Saint-Denis. Les départements ou territoires d'outre-mer français sont davantage exposés aux risques naturels ou aux pollutions des eaux et des sols. La métropolisation et le développement d'agglomérations urbaines ont et auront de même des incidences majeures en termes de santé publique, à travers la pollution atmosphérique, le bruit et plus généralement à travers l'évolution de l'espace urbain et des transports (par exemple en termes de temps passé en déplacements). La prise en considération de l'environnement comme déterminant majeur de la santé des populations renvoie ainsi à l'analyse des inégalités de santé. Les effets néfastes de l'environnement sur la santé affectent déjà sans doute davantage les personnes les plus vulnérables (personnes âgées, enfants en bas âge, catégories sociales défavorisées, etc.) et cette différenciation pourrait s'accroître à l'avenir.

Dans ce domaine, l'analyse doit permettre de mieux appréhender les risques qui découlent des technologies de production actuelles (notamment à travers les substances chimiques) ou futures, même si des progrès ont été faits au niveau européen (à travers le règlement Reach par exemple). De plus en plus, ces questions doivent être traitées dans le cadre d'une approche au niveau mondial dans laquelle la lutte contre le dumping social et les actions de préservation de l'environnement se confondent.

Les conditions de travail

Le travail joue un rôle significatif dans le processus de vieillissement. On peut considérer qu'il existe des dégradations de la santé plus ou moins précoces en âge en fonction des facteurs professionnels. Les conditions de travail sont un élément majeur de la dynamique des inégalités de santé.

En 2003, 4,5 % des salariés auraient eu au moins un accident du travail ayant occasionné un arrêt de travail

temporaire au cours de l'année passée⁵³. Ce chiffre ne tient pas compte des accidentés qui n'ont pas repris leur travail. Les accidents du travail avec arrêt touchent 5,5 % des hommes contre 3 % des femmes, ce qui tient en partie à la nature des métiers exercés : les hommes sont plus souvent ouvriers (et parmi eux 8 % ont eu un accident du travail avec arrêt dans l'année passée), alors que les femmes sont plus nombreuses parmi les employés administratifs, dont seulement 1,9 % ont eu un accident du travail.

Ceux qui subissent le plus souvent des accidents du travail avec arrêt sont :

- les ouvriers agricoles (10,3 %) et les professions agricoles en général (9,1 %) ;
- les ouvriers qualifiés exerçant une activité artisanale (9,8 %) ;
- les ouvriers du magasinage et des transports (8 %) ;

53. C'est-à-dire l'année précédant l'enquête SUMER 2003 ayant permis la production de ces données. Cette enquête porte sur les expositions professionnelles de différentes natures : nuisances physiques, expositions biologiques ou chimiques et contraintes organisationnelles. Elle a été menée en 2003 par le ministère du Travail, Dares et DRT (Direction des relations du travail, Inspection médicale du Travail), avec la collaboration de la médecine du travail. 50 000 salariés sont été interrogés par 1 800 médecins du travail.

- les salariés exerçant une fonction de production (8 %), de manutention ou magasinage (7,8 %) ou d'installation-réparation (6,2 %) ;
- les métiers de la construction (8,3 %) ;
- les services aux particuliers (4,7 %)⁵⁴.

Les jeunes sont aussi très exposés au risque d'accident au travail : 7,9 % des jeunes de moins de 25 ans ont eu un accident avec arrêt dans l'année précédant l'enquête ; au-delà de dix ans d'ancienneté dans l'établissement le risque tombe à 3,2 %. Les apprentis (9,6 %) et les intérimaires (8,6 %) sont beaucoup plus souvent victimes d'accidents que les autres salariés. Leur jeunesse, et donc leur moindre expérience, ajoutées au fait qu'ils exercent souvent une profession d'ouvrier, expliquent ce taux élevé d'accidents du travail.

Le nombre moyen de jours d'arrêt qui suit un accident du travail est un indicateur assez fiable de la gravité de cet

54. Sylvie Hamon-Cholet, Nicolas Sandret, « Accidents et conditions de travail », *Premières Informations* n° 31.2, Dares, août 2007.

accident. Les salariés qui subissent le plus d'accidents sont aussi ceux qui connaissent les durées d'arrêt les plus longues. Les jeunes, quant à eux, s'arrêtent moins longtemps que leurs aînés à la suite d'un accident, soit que les accidents des jeunes sont moins graves soit qu'ils se rétablissent plus vite⁵⁵.

Ajoutons qu'un mauvais état de santé est souvent corrélé à une plus forte probabilité de travail à temps partiel. C'est particulièrement le cas des personnes en affection longue durée (ALD). En effet, toutes choses égales par ailleurs, une personne souffrant d'une ALD a une probabilité 1,65 fois plus élevée qu'une personne non malade de travailler à temps partiel et non à temps plein⁵⁶.

Les conditions de travail et plus globalement l'organisation du travail ont considérablement évolué et affectent la

55. *Ibid.*

56. Bérengère Saliba, Bruno Ventelou, « Impact de l'état de santé sur le travail à temps partiel des Français, approche par les maladies chroniques, France, 2002-2003 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3, 23 janvier 2007.

santé⁵⁷ de manière complexe. Les salariés sont davantage sollicités sur des emplois multifonctionnels, ce qui a pour conséquence des troubles musculo-squelettiques (TMS), des problèmes de santé mentale⁵⁸ ou encore l'exposition aux risques cancérigènes mutagènes et reprotoxiques (CMR). En 2003, environ 1 % des salariés étaient exposés à des produits mutagènes et près de 180 000 à des produits reprotoxiques, notamment le chrome et ses dérivés, le benzène, en particulier dans l'industrie et la construction⁵⁹. Les ouvriers exerçant des fonctions de maintenance ou de production sont les plus concernés : ouvriers qualifiés de la métallurgie (10 % d'entre eux sont exposés) et de la mécanique (7 %), puis les techniciens et les agents de maîtrise de ces mêmes secteurs (5 %)⁶⁰.

57. Hélène David, Serge Volkoff, Esther Cloutier, Francis Derriennic, « Vieillesse, organisation du travail et santé », *Pistes*, mai 2001.

58. Stress, dépression lorsque par exemple le salarié est prisonnier de son isolement ou que l'intensité du travail augmente.

59. Sylvie Hamon-Cholet, Nicolas Sandret, *art. cit.*, 2007.

60. Nicole Guignon, Nicolas Sandret, « Les expositions aux produits mutagènes et reprotoxiques ». *Premières Informations* n°32-1, Dares, août 2005.

En 2003, plus de 25 % des salariés étaient soumis sans protection auditive à un niveau de bruit de plus de 85 décibels⁶¹, l'équivalent d'une cantine scolaire selon l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie, pendant plus de vingt heures par semaine, en particulier dans les secteurs industriel et agricole⁶². 9 % des salariés subissant un bruit nocif pour l'audition ont eu un accident avec arrêt. L'exposition chronique à des niveaux sonores importants peut provoquer une surdité et augmenterait la prévalence de certaines maladies, en particulier cardiovasculaires.

Les transformations des modes de production se traduisent par une intensification des rythmes de travail ou rendent le travail plus imprévisible, ce qui accroît le risque d'accident. Les salariés astreints à des rythmes de travail liés au déplacement automatique de produits, à des cadences automatiques de machines sont plus souvent

61. Le son est mesuré en décibels (dB). A partir de 85 dB, l'oreille est menacée de lésions irréversibles sans que l'on puisse s'en apercevoir (« La protection des travailleurs contre le bruit », ANACT, 1992).

62. Emmanuelle Cambois, Florence Jusot, *art.cit.*, 2007.

victimes d'accidents que ceux qui sont exposés aux contraintes liées à la demande des clients. La pression du travail en équipe joue aussi : les salariés dont le rythme de travail est lié à celui de leurs collègues ont davantage d'accidents que les autres. Le travail dans l'urgence est aussi un facteur d'accident. Se dépêcher, changer de poste en cas d'urgence ou pour compenser l'absence d'un collègue, subir des horaires imprévisibles ou irréguliers sont autant de facteurs d'accidents au travail. Le travail au contact avec le public n'est pas en soi un facteur d'accident du travail, mais les situations de travail où les tensions avec le public sont fréquentes entraînent une augmentation du risque d'accident⁶³. Or l'orientation croissante de l'économie vers les services accentue ces profils de postes et donc les risques qu'ils portent.

Les efforts physiques augmentent aussi la survenue d'accidents, notamment en cas de manipulation de charges plus de dix heures par semaine. Les salariés qui

63. Sylvie Hamon-Cholet, Nicolas Sandret, *art. cit.*, 2007.

conduisent sur la voie publique subissent eux aussi des accidents plus fréquents (6,2 %), et plus particulièrement les chauffeurs routiers (7,1 %). Les salariés exposés à des produits chimiques ne sont pas plus souvent victimes d'accidents du travail, toutes choses égales par ailleurs : les risques portent souvent davantage sur les effets différés de ces produits. En revanche, l'exposition à des agents biologiques accroît le risque d'accident. Les salariés exposés au travail sur écran plus de vingt heures par semaine sont moins sujets aux accidents, même à catégorie socioprofessionnelle identique : un travail sédentaire en bureau expose moins à ce type de risques⁶⁴.

Les contraintes posturales et articulaires aussi sont des facteurs d'accident au travail. Parmi les postures fatigantes, la position debout ou le piétinement prolongé accroissent de façon significative le risque d'accident. Les postures « pénibles » (travail à genoux, bras en l'air ou dans d'autres positions forcées, plus de deux heures par

64. *Ibid.*

semaine) renforcent la probabilité d'avoir un accident du travail avec arrêt⁶⁵.

Les contraintes articulaires en milieu de travail sont potentiellement responsables d'une grande partie des pathologies ostéo-articulaires, pathologies les plus souvent signalées après les troubles de la vision. En 2005, 34 % – soit un peu plus de sept millions – de salariés déclaraient devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue » pendant leur travail. La pénibilité au travail est plus fréquente chez les ouvriers et est très différente selon les secteurs d'activité : 71 % des salariés agricoles et 64 % des salariés du secteur de la construction sont exposés à cette pénibilité⁶⁶.

Les données recueillies dans l'enquête Sumer témoignent de l'importance de l'exposition des personnes en milieu de travail, de l'inégalité entre secteurs d'activité et de la

65. *Ibid.*

66. Emmanuelle Cambois, Florence Jusot, *art. cit.*, 2007.

nécessité du développement ou du respect de mesures de prévention pour diminuer l'incidence de pathologies fréquentes⁶⁷.

Une influence significative sur l'aggravation des inégalités sociales en termes de maladies chroniques

L'ensemble des évolutions évoquées dans cet essai ont conduit à une prévalence croissante des maladies chroniques et notamment des cancers, diabètes, maladies cardio-vasculaires et maladies psychiques.

Les cancers sont un problème majeur de santé publique : les tumeurs étaient en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population, soit 33 % des décès et 40 % des décès prématurés. Les cancers sont la deuxième cause d'ALD après les maladies cardio-vasculaires et l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation pour les

personnes de plus de 45 ans. Les hommes meurent deux fois plus de cancer que les femmes. Les taux de décès par cancer des hommes français sont supérieurs à la moyenne de l'Europe, à l'inverse des femmes françaises.

Selon une expertise réalisée à la demande de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et publiée en 2008, l'incidence de la plupart des cancers a progressé en France entre 1978 et 2000. C'est le cas en particulier pour neuf localisations : lymphomes malins non hodgkiniens, cancers de la peau, du colon, du poumon, du foie, du rein, de la thyroïde et surtout de la prostate et du sein. Entre 1980 et 2005, le nombre de cancers s'est accru de 35 % pour les hommes et de 43 % pour les femmes.

Il faut lire ici l'effet de la mortalité due à l'alcool et au tabac, mais aussi celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels.

⁶⁷. *Ibid.*

Le progrès médical a conduit à une forte amélioration de la prise en charge des cancers, principalement grâce aux nouvelles techniques de diagnostic, mais aussi aux traitements. Le dépistage précoce de certains cancers permet de réduire leur gravité. C'est le cas en particulier du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes. Il existe une qualité très hétérogène dans les prises en charge et des disparités en fonction de l'âge (les femmes les plus âgées moins bénéficié de dépistages), mais aussi de la catégorie socio-professionnelle.

Les évolutions de la prise en charge du diabète font apparaître de fortes disparités sociales. Une étude récente⁶⁸ réalisée à partir de la base de données ERASME de l'assurance maladie a permis d'analyser les pratiques de plus de 54 000 médecins généralistes français envers les quelques 29 millions de patients les ayant choisis comme médecins traitants. Ces pratiques ont été analysées pour l'année

68. David Bernstein, Pierre-Olivier Blottière, Renaud Legal, « La variabilité des pratiques en médecine générale : une analyse sur les données de l'assurance maladie », communication présentée à la Journée scientifique de l'Assurance maladie, Paris, mars 2009.

2007 à travers une quinzaine d'indicateurs et selon trois dimensions : le dépistage et la prévention, la prise en charge des diabétiques et l'efficacité de la prescription. Les résultats font apparaître que les pratiques des médecins généralistes sont très hétérogènes et souvent assez éloignées des standards de bonne pratique.

Une autre étude⁶⁹ récente portant sur l'évolution des conditions de prise en charge du diabète entre 2001 et 2007 fait apparaître à la fois des progrès significatifs dans la qualité des prises en charge, notamment parce que les traitements anti-diabétiques et à visée cardio-vasculaire se sont intensifiés et que de ce fait le contrôle glycémique s'est amélioré. Mais ces contrôles glycémiques et tensionnels sont encore insuffisants. Malgré des progrès réels, fonds d'œil et dosages de l'albumine restent insuffisamment pratiqués, tout comme l'examen des pieds ; pour de très nombreux patients, la faible qualité des prises en charge conduit à des complications sérieuses.

69. Anne Fagot-Campagna, « Résultats épidémiologiques de l'étude d'Entred (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) », pour le comité de pilotage d'Entred, Journée scientifique de l'Assurance maladie, Paris, mars 2009.

Les faiblesses dans la qualité des prises en charge pèsent d'abord sur les personnes dont le statut socio-économique est moins favorisé. Récemment l'évaluation du premier plan cancer⁷⁰ a fait apparaître par exemple que, malgré les progrès réalisés en matière de dépistage, le taux de dépistage était particulièrement faible pour certaines catégories. Les classes sociales les plus défavorisées ont un taux de couverture (dépistage) plus faible, même si les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement. Et les femmes n'ayant pas de couverture santé complémentaire ont un taux de couverture (dépistage) faible⁷¹.

70. L'évaluation du plan cancer Haut conseil de Santé publique HCSP, Paris, février 2009.

71. Emmanuelle Cambois, Florence Jusot, *art. cit.*, 2007.

CONCLUSION

Les évolutions décrites dans cet essai créent de nouveaux défis, c'est-à-dire des opportunités et des contraintes renouvelées. C'est en ce sens que l'on peut parler de nouveau paradigme. Des réponses nouvelles s'imposent, si l'on veut prendre en compte ces éléments d'inégalités dans la prise en charge des besoins de santé.

A l'évidence, la France paie le choix de politiques de santé presque exclusivement centrées sur le volet curatif, celui des soins. Il n'est pas anodin que le débat public soit centré sur la question de l'offre de soins et, le cas échéant, des inégalités qu'elle recèle, plus que de la réalité de l'état de santé. Il n'est pas non plus étonnant que notre pays, qui privilégie dans tous les domaines le progrès collectif, ait laissé perdurer des inégalités de santé, occultées par l'amélioration globale de l'état de santé des Français. Ceux-ci ont été eux-mêmes rassurés par le discours triomphateur qui présentait le système français d'offre de

soins comme le meilleur au monde, oubliant de s'interroger sur ses performances concrètes en matière de santé.

Rompre avec cette acceptation collective des inégalités de santé amène à repenser nos politiques, leurs principes et leur ciblage, pour respecter une approche plus individuelle de la santé. Cela implique également une mobilisation qui dépasse le seul secteur sanitaire. Il ne suffit pas d'établir des droits à la santé. Encore faut-il donner à chacun le plein accès à ces droits. Et le droit à l'égalité de santé, ce qui comprend l'égalité en termes de mortalité, s'enracine d'une part dans le volet curatif et préventif du système de santé, mais aussi et d'autre part dans les conditions de vie et l'environnement social des individus.

ANNEXE I

Le groupe de travail « Inégalités de santé »

Signé en 2008 entre Pierre Mauroy, président de la Fondation Jean-Jaurès, et Jean-Marc Ayrault, président du groupe socialiste de l'Assemblée nationale, un partenariat de travail unit désormais de manière plus étroite les deux institutions et permet de formuler, en amont des grands débats législatifs, analyses et propositions en confrontant les expertises des élus et des personnalités issues des mondes universitaire, syndicaliste, associatif, etc.

La première réflexion commune porte sur la thématique des inégalités de santé, sous l'égide de la députée de l'Indre-et-Loire Marisol Touraine. La santé est un miroir de notre société qui nous invite à formuler un projet politique à partir de l'analyse des besoins et des défis à relever. Situer la lutte contre les inégalités au cœur d'un projet politique conduit à placer l'état des lieux des inégalités de santé présentes et à venir en amont de toute démarche politique. Or, la France, plus que ses voisins européens, souffre d'inégalités croissantes – notamment sociales – en matière de santé. La politique de santé ne se résume donc

pas à un équilibre budgétaire. Le mode de financement de notre système de santé, pour être socialement acceptable, ne peut être que l'aboutissement d'une démarche qui prend pour point de départ les exigences de la société que nous voulons.

Composition du groupe

Les élus : **Marisol Touraine** (animatrice), députée d'Indre-et-Loire, **Gérard Bapt**, député de Haute-Garonne, **Serge Blisko**, député de Paris, **Marie-Odile Bouillé**, députée de Loire-Atlantique, **Catherine Coutelle**, députée de la Vienne, **Yves Daudigny**, sénateur de l'Aisne, président du Conseil général, président de la Commission « Politiques sociales et familiales » de l'A.D.F, **Michèle Delaunay**, députée de Gironde, **Valérie Fourneyron**, députée de Seine-Maritime, **Catherine Génisson**, députée du Pas-de-Calais, **Monique Iborra**, députée de Haute-Garonne, **Jean-Marie Le Guen**, député de Paris, **Annick Le Loch**, députée du Finistère, **Catherine Lemorton**, députée du Finistère, **Jean Mallot**, député de l'Allier, **Christian Paul**, député de la Nièvre, **Thierry Philip**, maire du 3^{ème} arrondissement de Lyon, vice-président de la Région Rhône-Alpes et du Grand Lyon, **Marielle Rengot**, conseillère déléguée municipale de Lille, **Marcel Rogemont**,

député de l'Ille-et-Vilaine, **Françoise Tenenbaum**, vice-présidente du Conseil régional de Bourgogne, maire adjointe de Dijon, **Jean-Louis Touraine**, député du Rhône.

Les experts : **Eric Badonnel**, **Philippe Bataille**, sociologue, directeur d'études à l'Ehess (Cadis/Cnrs), **Etienne Caniard**, président de la Fondation de l'Avenir pour la recherche médicale appliquée, **Pierre Chauvin**, directeur de recherche à l'Inserm, **Edouard Couty**, ancien directeur DHOS, enseignant à Sciences Po, **Brigitte Dormont**, professeur à l'université Paris-Dauphine, **Murielle Fayolle**, conseillère parlementaire pour le groupe socialiste de l'Assemblée nationale, **François Hada**, directeur des études du groupe socialiste de l'Assemblée nationale, **Jean Le Garrec**, ancien ministre, ancien président de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, **Roland Ollivier**, **Claude Pigement**, médecin, ancien responsable national du PS à la santé, conseiller spécial du maire d'Aubervilliers, **Christophe Ricardo**, économiste, **Christian Saout**, président du CISS, **Alfred Spira**, chef du service de Santé publique et d'épidémiologie de l'Hôpital de Bicêtre, directeur de l'Ecole de Santé Publique Paris-Sud, **Serge Volkoff**, directeur du CREAPT.

ANNEXE II

Programme de travail

6 janvier 2009

Premier état des lieux des inégalités face à la santé ;
Elaboration du programme de travail.

7 avril 2009 - Evolution épidémiologique et conséquences à en tirer pour les politiques de santé : maladies chroniques, santé au travail, vieillissement. Vers un nouveau paradigme

- « Santé et environnement » : Denis Zmirou-Navier, professeur de santé publique à l'université de Nancy, directeur du département « Santé et environnement » à l'EHESP ;
- « Santé au travail » : Serge Volkoff, directeur du Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail.

28 avril 2009 - La prise en charge du cancer

- « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France », Gwenn Menvielle, chercheure à l'Inserm ;
- « Evaluation du plan cancer », Laurent Chambaud, médecin de santé publique, membre de l'équipe d'évaluation du plan cancer (HCSP).

12 mai 2009 - La santé mentale

- « Que devrait être une politique de santé mentale aujourd'hui ? », Jean-Luc Roelandt, psychiatre chef de service, directeur du centre collaborateur français de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale ;
- « Le rapport Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », Edouard Couty, ancien directeur de la DHOS, enseignant à Sciences Po.

23 juin 2009 - Evolution dans l'organisation des soins : renforcement du premier niveau de soins, évolution de l'hôpital

- « L'hétérogénéité des pratiques en médecine générale », Dominique Polton, directrice des études et de la stratégie de la CNAMTS ;
- « Les innovations dans l'organisation des soins en Bretagne », Benoît Feger, président de l'URML Bretagne ;

- « Impact des caractéristiques du système de santé sur les inégalités sociales dans l'utilisation des soins de santé en Europe », Florence Jusot, maître de conférences à l'Université Paris-Dauphine, chercheur au LEDA-LEGOS, chercheur associée à l'IRDES.

15 septembre 2009 - Les usagers dans le système de santé

- « La place des usagers dans le système de santé », Michel Chauvière, sociologue, directeur de recherches au CNRS ;
- « La relation entre l'usager et le corps médical », Philippe Bataille, sociologue, directeur d'études à l'EHESS ;
- « Les nouveaux horizons de la démocratie sanitaire », Christian Saout, président du CISS.

6 octobre 2009 - Le financement du système de santé (reste à charge et dépassements ; évolution du partage entre assurance obligatoire et assurance complémentaire)

- Brigitte Dormont, professeur à l'université Paris-Dauphine ;
- Mireille Elbaum, professeur au CNAM ;
- Didier Tabuteau, titulaire de la chaire « Santé » de Sciences Po, directeur de la Fondation Caisse d'épargne pour la solidarité (*sous réserve*).

François Hada
Christophe Ricardo

Les inégalités face à la santé

Les Français vont bien, merci. Mais les progrès dans l'amélioration de l'état de santé ne bénéficient pas à tous : la France, plus que ses voisins européens, souffre d'inégalités croissantes – notamment sociales – en matière de santé. Or, loin de se résumer à la question de l'équilibre budgétaire, la santé est un miroir de notre société.

À l'heure où le gouvernement impose dans ce domaine des choix décisifs, la Fondation Jean-Jaurès et le groupe socialiste de l'Assemblée nationale ont initié une réflexion commune sur ces inégalités de santé. François Hada et Christophe Ricardo dressent ici un premier état des lieux, celui d'une société malade de ses inégalités.

www.jean-jaurès.org

ISBN : 2-910461-83-1
4 €

LES ESSAIS DE LA FONDATION JEAN-JAURES
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : GILLES FINCHELSTEIN
REDACTEUR EN CHEF : LAURENT COHEN

CONCEPTION MAQUETTE : A&CO - IOW
REALISATION : REFLETSGRAPHICS

FONDATION JEAN-JAURES
12 CITE MALESHERBES - 75009 PARIS
TELEPHONE : 01 40 23 24 00
TELECOPIE : 01 40 23 24 01
COURRIEL : fondation@jean-jaurès.org
SITE INTERNET : www.jean-jaurès.org