

Inégalités sociales de santé : sortons de la rhétorique, agissons sur les causes

Société / Santé

Par [Thierry Lang](#)

Publié le 3 novembre 2021

Professeur émérite de santé publique et chercheur en épidémiologie sociale, inserm-université toulouse 3 et membre du haut conseil de la santé publique

Thierry Lang est épidémiologiste et professeur émérite de santé publique. Il a été le promoteur infatigable du plaidoyer pour la lutte contre les inégalités sociales de santé ces dernières décennies.

Membre du collège du Haut Conseil de la santé publique, président en son sein du groupe de travail sur les inégalités de santé, il a porté en 2010 un rapport intitulé « Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » qui, à l'heure où se créaient les agences régionales de santé nées de la loi de 2009, marquait un tournant crucial dans la prise de

conscience de la gravité de cet enjeu. Plus de dix ans plus tard, il dresse pour La grande conversation 2022 le bilan d'un débat public toujours immature et d'une action publique insuffisante, et propose 10 leviers pour agir enfin en faveur de la justice sociale en matière de santé.

Sommaire

Un modèle biomédical et une absence de débat social pour des décisions politiques cloisonnées

Comment avancer?

Que faire?

Conclusion

Ce texte reprend de larges extraits des articles

– Thierry Lang, « Agir sur les causes sociales des inégalités de santé » dans le livre *Réduire les inégalités, c'est possible!*, sous la dir. d'Anne Brunner et Louis Maurin, Observatoire des inégalités, à paraître en décembre 2021.

– Gwenn Menvielle, Thierry Lang, « Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution », *ADSP*, n° 113, Presses de l'EHESP, mars 2021.

Autres références

-No special « Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution », *ADSP*, n° 113, Presses de l'EHESP, mars 2021 (Coordination Thierry Lang, Gwenn Menvielle).

– Haut Conseil de la Santé Publique : « Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé », 20 octobre 2021. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1092>

– Haut Conseil de la Santé Publique : « Gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur », 18 juin 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=896>

De quoi parle-t-on? A première vue, le système de soins performant de notre pays assurerait à chacun les meilleures chances en santé, sans distinction de revenus. La réalité révèle au contraire un gradient social très marqué d'état de santé. Les chiffres les plus récents, publiés par l'Insee en 2018, montrent un écart

d'espérance de vie de treize ans entre les 5 % des hommes disposant des revenus les plus bas et les 5 % des hommes aux revenus les plus hauts. Sur le long terme, ces inégalités ne diminuent pas et elles sont en France parmi les plus élevées d'Europe de l'Ouest. Elles concernent l'ensemble de la population, et non pas seulement, comme parfois supposé, les plus précaires; à chaque niveau socio-économique, l'état de santé est meilleur que celui de la catégorie immédiatement en-dessous, et moins bon que celui de la catégorie au-dessus.

Incontestablement, la réduction de ces inégalités s'est bien installée comme un objectif stratégique incontournable de l'ensemble des plans et programmes en matière de santé publique depuis 20 ans, au plus haut niveau. Mais les déclarations peinent à infléchir la réalité. L'épidémie de Covid a confirmé avec acuité le constat : si les dispositifs de protection sociale ont efficacement protégé les plus vulnérables des effets négatifs des mesures de prévention (confinement, couvre-feu), en revanche, au plan strictement sanitaire, le virus touche de façon plus fréquente et avec davantage d'impacts les moins favorisés.

Les outils à actionner pour bâtir une action publique déterminée et efficace contre ces inégalités sont sur la table, décrits par une littérature désormais importante.

Thierry Lang en liste dix à verser au débat de la présidentielle. Il convient, tout d'abord, de mobiliser toutes les politiques publiques, et non seulement les politiques de santé : car on sait que les déterminants d'une santé dégradée sont à combattre dans l'environnement, l'éducation, le travail, le logement, les transports, etc. Une évaluation de l'impact sur la santé

de toutes les politiques publiques s'avère donc pertinente. Ainsi, avant de modifier le trajet d'une ligne de bus, par exemple, il importe d'évaluer en quoi la desserte de l'hôpital sera impactée, mais aussi celle d'un marché, ou encore d'un supermarché fréquenté par la population défavorisée du bassin de vie pour ses promotions de fruits et légumes.

La recherche, la surveillance et le monitoring des inégalités de santé sont, plus largement, à améliorer d'urgence : la crise Covid a montré que le système statistique se révèle incapable de guider l'action publique en prenant les inégalités pour boussole, faute de pouvoir faire le lien entre données sociales et données de santé.

En matière de prévention, deux principes doivent mieux structurer l'action publique : celui de l'universalisme proportionné d'abord, pour cibler de façon plus efficace les messages en direction des moins favorisés; celui de la priorisation ensuite, en sélectionnant des thématiques de santé pour lesquelles le gradient social de santé est le plus marqué, comme l'alimentation par exemple. Et ce, en assumant de façon systématique la nécessaire priorisation de la santé des enfants, affectée de fortes inégalités qui déterminent de façon singulièrement injuste les parcours de vie.

Enfin, la préparation des crises sanitaires futures nécessite de tirer toutes les leçons des injustices que la crise Covid a révélées. Louis-René Villermé l'écrivait déjà en 1827 en étudiant la corrélation entre surmortalité par choléra et niveau de vie dans les arrondissements parisiens : « C'est un fait bien certain, bien avéré, que les épidémies frappent partout en général, et proportion gardée, les classes misérables ou indigentes plus que les classes aisées ». Près de

deux siècles plus tard, la leçon du Covid est la même – et au seuil de la campagne présidentielle, ni le débat public ni le discours public ne paraissent en avoir véritablement tiré les leçons.

Les inégalités sociales de santé (ISS) se caractérisent par l'extrême discrétion du débat public à leur sujet. Les années 2008–2009 avaient pourtant marqué une inflexion en la matière. Les plans cancer (2009–2013 puis 2014–2019) se présentaient comme des plans « de lutte contre les inégalités ». Un rapport du HCSP en 2010 formulait des propositions pour sortir de ce qui était souvent perçu comme une « fatalité ». Ce thème a ensuite été repris dans les discours ministériels. Un éditorial dans le *Lancet* est même signé par la ministre de la Santé Marisol Touraine en 2014, dans lequel est soulignée la priorité donnée à la réduction des ISS, avec l'importance des déterminants sociaux de la santé et le rôle partiel que joue le système de santé pour les corriger; il est même noté qu'il peut contribuer à les aggraver. De fait, à partir de 2010, rares sont les plans, textes, lois qui ne mentionnent pas, dans leurs préambules ou objectifs, la réduction des ISS. Ainsi cette ambition a été confirmée comme un objectif phare de la Stratégie nationale de santé de 2013 et de la loi de modernisation du système de santé de 2016. Au niveau régional, elle constitue, depuis la loi de 2009 l'un des axes des politiques conduites par les ARS (Agences régionales de santé) et la majorité des programmes régionaux de santé élaborés depuis la mise en place des ARS présente cet objectif comme stratégique. Enfin, plus récemment, la Stratégie nationale de santé [2018–2022] publiée en décembre 2017, se donne pour second axe de « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins ».

Derrière cette volonté affichée cependant, les freins à l'action demeurent patents. Les commissions de coordination des

politiques publiques mises en place dans les ARS sont limitées au secteur de la santé, peu favorables au développement de l'intersectorialité souhaitable pour aborder les déterminants sociaux de la santé. Et sur les trente chantiers organisés pour traduire les objectifs généraux de la Stratégie nationale de santé de 2013, aucun n'est consacré aux ISS. Par ailleurs, si la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, reprend largement les thèmes des ISS dans son préambule, le débat public à son sujet a été dominé par des affrontements sur la mise en place du tiers-payant généralisé. Cet épisode illustre bien la tension entre un modèle centré sur la relation médecin-malade, qui a marqué le XXe siècle, et l'action intersectorielle indispensable à la réduction des ISS.

Pourquoi la réduction des ISS reste-t-elle aujourd'hui un objectif secondaire des politiques publiques, alors qu'elles sont un frein à l'ensemble des progrès sanitaires et qu'elles présentent un coût économique élevé? La crise de la Covid 19 en est une bonne illustration. Les agences, les comités scientifiques, le HCSP (Haut conseil de la santé publique), ou Santé publique France n'ont pas été en capacité de mobiliser des méthodes de mesures fines des ISS et de guider les décisions publiques pour prendre en compte cette dimension, qui a d'ailleurs été largement absente des recommandations pendant la crise sanitaire^①.

Un modèle biomédical et une absence de débat social pour des décisions politiques cloisonnées

L'absence de débat social autour des ISS a été notée depuis des années par le monde académique. Elle perdure et les ISS restent un débat d'experts. Tout au plus ont-elles été évoquées lors des

discussions sur les retraites, pour souligner l'injustice que représente la durée très variable pendant laquelle une personne percevra sa pension de retraite selon sa position dans l'échelle sociale. Une absence largement partagée de culture en prévention et promotion de la santé ainsi qu'une démocratie sanitaire encore naissante mobilisant peu l'expertise citoyenne complètent ce tableau.

Malgré la diffusion du modèle des déterminants sociaux de la santé, popularisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le modèle sur lequel reposent les décisions politiques et l'identification des priorités reste clairement biomédical, séparant soins et prévention médicalisée d'une part et organisation sociale, politique ou environnementale de l'autre. Tout ceci a pour conséquence de cloisonner les décisions politiques en deux familles : celles qui relèvent de la santé, limitées au système de santé et de soins, et les autres mesures, dictées par des considérations sociales, politiques, économiques ou électorales.

Il est important de noter qu'un certain nombre de politiques locales ou nationales vont dans le sens de la réduction des ISS, mais souvent la logique de leur mise en place est étrangère à la santé. Sans pouvoir approfondir dans le cadre de cet article, il faut souligner l'efficacité du système de protection sociale français. Par les mesures de protection qu'il a pu fournir pendant la crise économique de 2008 ou lors de la crise de la Covid 19, ce système en a limité l'impact économique. Ainsi pendant la crise de la Covid 19, les ISS ont été à peine évoquées dans les discours des autorités sanitaires et des agences, surtout dans la première phase de la pandémie en France. Le dispositif du chômage partiel ou les aides aux familles les plus défavorisées ont été décidés sans référence explicite à la santé, qui restait cantonnée dans le domaine de l'hygiène et des maladies infectieuses. Cependant ces mesures ont réduit les pertes de revenus et par conséquent les effets de la crise sur les déterminants sociaux de la santé. Selon l'OCDE, « *le PIB a*

reculé de 6 % en France au premier trimestre 2020, alors que la baisse du revenu réel des ménages n'a pas dépassé 0,3 %. Cet écart, le plus important des pays de l'OCDE, s'explique par des aides sociales plus protectrices qu'ailleurs. »

Se dessine alors un champ de forces contrasté sur la santé et les ISS, dans lequel les logiques ne concordent pas. On peut ainsi distinguer :

1) Le discours des autorités sanitaires (ministère, Direction générale de la santé, ARS et leurs plans respectifs) fait une large place aux ISS et affiche leur priorité.

2) Sur « le terrain » un ensemble d'interventions et une mobilisation, très créative, d'associations, d'acteurs bénévoles, de collectivités territoriales de divers niveaux mettent en œuvre une lutte contre les ISS, dans les soins comme dans la prévention. Au niveau local, la mobilisation contre les ISS est importante dans le pays, menée par des associations, des ONG ou des collectivités territoriales. Cette mobilisation locale est difficile à recenser et il est compliqué d'en évaluer les actions les plus prometteuses, ce qui explique à ce qu'elle reste encore assez méconnue. Mais la vitalité des expériences conduites en France n'a d'égale que leur invisibilité.

3) Le secteur des soins et de la prévention médicalisée a jusqu'à présent été peu concerné par les ISS et reste à l'écart du social. Jonathan Mann parlait de la socio-parésie² du système de santé; cette « pathologie » du système de santé n'a aujourd'hui pas régressé. Le contexte social n'y est pas pensé, encore moins enseigné.

4) Enfin, les décisions prises hors du champ sanitaire par un dernier groupe d'acteurs, les décideurs politiques, peuvent impacter la santé, mais leur logique est autre : politique, économique, sociale, électorale... Ces politiques publiques contribuent parfois à réduire les ISS. Il en est ainsi du dispositif de protection sociale, comme on l'a vu. A l'inverse, certaines

accroissent les ISS. Ainsi dans le cadre de la loi santé de 2016 la généralisation du tiers-payant qui aurait été un élément favorisant l'accès aux soins pour les plus modestes, n'a pas été mise en œuvre et a en outre monopolisé l'attention sur un aspect d'une loi qui comportait bien d'autres objectifs.

La réforme de l'assurance chômage, de l'aide médicale d'État, la sélection sociale qui caractérise les performances de l'école en France, les grandes difficultés de la médecine scolaire, les politiques du logement, autant de politiques hors du champ sanitaire qui impactent profondément la santé. Plus généralement, les inégalités de santé sont avant tout des inégalités sociales. Dès lors, les politiques des revenus et la politique fiscale nationale ont un impact sur les ISS. Les politiques fiscales récentes remodelent la distribution des revenus et le bilan à main levée des allègements fiscaux combinés aux réductions de certains revenus de transfert suggère qu'il est probable qu'elles ne favorisent pas les 10% les plus modestes. L'effet sur les ISS est alors contraire à celui des politiques sanitaires nationales et locales qui tendent à les réduire.

Mais ces inégalités persistent. Les chiffres les plus récents, publiés par l'Insee en 2018, montrent un écart d'espérance de vie de treize ans entre les 5 % des hommes disposant des revenus les plus bas et les 5 % des hommes aux revenus les plus hauts. Pour les femmes, les écarts d'espérance de vie sont moins marqués. À ces inégalités de mortalité s'ajoutent des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités (difficultés visuelles, auditives ou des gestes de la vie quotidienne). Il existe donc une « double peine », portant sur la durée de vie, mais aussi sur ses conditions. Ces différences sociales persistent aux âges élevés. Sur le long terme, elles ne diminuent pas et elles sont en France parmi les plus élevées d'Europe de l'Ouest. Un aspect essentiel pour la mise en œuvre des politiques publiques est de rappeler qu'elles concernent l'ensemble de la population, sans effet de seuil.

Ainsi à chaque niveau socio-économique, l'état de santé est meilleur que celui de la catégorie immédiatement en-dessous et moins bon que celui de la catégorie au-dessus, et ceci jusque dans le haut de la hiérarchie sociale, par exemple entre cadres supérieurs et moyens. Le système statistique se révèle incapable de piloter les politiques publiques face aux ISS pendant une crise sanitaire comme celle de la Covid 19, faute de pouvoir faire le lien entre données sociales et données de santé. La réduction des ISS apparaît finalement comme une intention louable, mais secondaire, qui s'efface dès que des décisions sanitaires majeures ou urgentes sont à prendre et ne sont pas un enjeu politique.

Comment avancer?

Malgré le niveau élevé des ISS, un des plus élevés d'Europe occidentale, cette question a été délaissée en France. Ce qui frappe, c'est d'abord l'absence de débat social à ce sujet. La confusion commune entre ces inégalités et les actions tournées vers les populations précaires entretient la perception qu'elles font l'objet de politiques publiques. Il est étonnant que cet enjeu de justice autour d'un bien fondamental qui permet à l'individu de se réaliser et d'exprimer ses capacités reste encore largement une préoccupation d'experts. Les inégalités de santé ne créent que des « victimes statistiques », anonymes et sans visages, qu'il est difficile de mettre sur l'agenda politique, malgré l'enjeu de justice sociale. Elles ne concernent pas seulement les marges de la population, mais l'organisation sociale dans son ensemble. La lutte contre la précarité mobilise des forces autour d'un objectif précis, autour de la grande pauvreté, ce qui est parfaitement légitime et s'inscrit dans la continuité d'une logique d'assistance et de charité, vieille de plusieurs siècles. En revanche, la question des ISS touche aux fondements de la société. Or la santé reste perçue comme un espace apolitique.

La crise de la Covid-19 a pourtant démontré toute l'importance de cette question, l'efficacité de la lutte contre le virus et ses variants étant à ce prix. Pour enrayer l'épidémie, il a été estimé qu'un niveau de 95 % de couverture vaccinale devait être atteint. Dans ces conditions, il est essentiel que tous et toutes soient vaccinés. Il faut passer d'une « offre » de soins à des démarches actives, proches des populations dans leur diversité géographique, sociale, financière ou culturelle. Ce que l'on sait aujourd'hui des réticences et hésitations devant la vaccination montre que l'intention de se faire vacciner suit, elle aussi, un gradient social, d'autant plus élevée que le niveau de ressources l'est aussi. Cet exemple des vaccins et de la Covid-19 montre que les inégalités de santé ne sont pas un objectif secondaire, ni un « supplément d'âme », mais conditionnent en fait l'efficacité des politiques de santé publique.

Si la réduction des ISS est un objectif de santé publique, alors il doit se traduire par un plan d'action, avec des objectifs quantifiés, des moyens et des responsabilités. Il s'agit non seulement de juger les résultats d'une politique en moyenne, mais d'apprécier sa répartition sociale et géographique. Ces politiques devront mobiliser des moyens en fonction des besoins des différents groupes sociaux, associant des mesures universelles et des programmes ajustés aux besoins, concernant aussi bien les populations exclues que les classes moyennes, dans leur complexité. Cette approche vise à éviter l'effet de seuil en proportionnant les interventions sanitaires aux besoins, plus ou moins marqués, des différents groupes sociaux. Une telle politique, dite d' « universalisme proportionné » suppose une responsabilité institutionnelle, des programmes et non seulement des injonctions. Enfin, les ISS ne peuvent s'analyser indépendamment d'autres inégalités, inégalités territoriales ou liée aux origines migratoires. Le genre est source d'inégalité sociale en soi et les ISS évoluent plus péjorativement chez les femmes que chez les hommes.

La conception de la santé qui domine en France reste centrée sur le système de soins et son environnement biologique, qui s'inscrit dans une apesanteur sociale étonnante. Même dans ce cadre biomédical, se posent les questions d'accès financier, géographique et culturel aux soins. Des questions trop rarement posées.

Les comportements sont une deuxième composante de la construction de la santé. Contrairement à une expression courante, ces comportements (alimentation, consommation d'alcool, exercice physique...) ne sont pas seulement « individuels », mais aussi sociaux. La mise en place des gestes barrières en période de confinement a par exemple plus profité aux groupes les plus favorisés qu'en bas de l'échelle sociale. Il est donc essentiel de veiller à ce que l'environnement favorise les comportements propices à la santé.

Enfin, la santé est façonnée par l'ensemble des conditions de vie, aussi bien matérielles que sociales. L'emploi et le travail fabriquent la santé et les inégalités, par leurs aspects physiques mais aussi psychologiques et sociaux. L'habitat et l'urbanisme ont montré en temps de Covid à quel point ils favorisaient la transmission du virus, freinaient la prévention. Enfin, les travaux scientifiques ont montré toute l'importance pour la santé de l'estime de soi, de la reconnaissance sociale ou encore du sentiment de contrôler sa vie.

Il est difficile de quantifier précisément la part respective de ces trois composantes – soins, comportements et conditions de vie – mais les deux premières ne comptent pas pour plus de la moitié des différences d'espérance de vie entre groupes de population.

Depuis une trentaine d'années, toute l'importance des premières années de vie dans la construction de la santé des adultes a été bien montrée. Des stress sévères ou répétés auxquels les enfants peuvent être confrontés influent sur leur santé à l'âge adulte. Cet âge est aussi critique pour leur

développement cognitif. On peut dire que l'environnement, y compris social, pénètre sous la peau, et ceci d'autant plus que l'organisme de l'enfant est en développement rapide dans les premières années.

En France, le système de protection sociale joue un rôle considérable, mais en l'absence de modèle global de la santé, des choix de priorités sont impossibles et des actions de prévention, par exemple loger des personnes au lieu de financer les soins de santé résultant de l'absence de domicile ou d'habitats dégradés, se heurte aux fonctionnements en silos des administrations.

Que faire?

1. Systématiser dans toutes les politiques des évaluations d'impact sur la santé et ses inégalités

Les différents leviers de la réduction des ISS sont désormais bien identifiés. Le premier d'entre eux est la prise en compte de la santé dans toutes les politiques. Le principe socle en est que **les déterminants sociaux de la santé sont bien souvent dépendants de politiques publiques hors santé : transports, ville, alimentation, environnement, éducation, etc.** La création du Comité interministériel pour la santé, en 2014, a marqué un progrès décisif en inscrivant dans les institutions le principe de l'intersectorialité. Placé sous l'autorité du Premier ministre, le comité *« suit l'élaboration et la mise en œuvre des plans ou programmes d'actions qu'élaborent les ministres dans le cadre de leurs attributions lorsque ces mesures sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »*. Son premier

thème a porté sur la résistance aux antibiotiques et en 2019 une priorité a été donnée au développement de l'activité physique, à l'alimentation et à la lutte contre l'obésité. Mais la faible visibilité de ce comité atteste du chemin qu'il reste à parcourir pour entériner réellement ce paradigme fondamental.

Puisque la santé se construit dans toutes les politiques (environnement, urbanisme, politiques de la ville, éducation, nouvelles technologies), mettre en place une procédure d'évaluation d'impact *a priori* sur la santé et ses inégalités, examinant les effets de chaque politique sur les inégalités dans le domaine de la santé serait un premier pas décisif. Une telle démarche existe dans d'autres domaines : pour l'évaluation des impacts sur l'environnement à l'échelle des projets de planification locale; dans le domaine de l'urbanisme et pour l'ensemble des politiques, au Québec par exemple. Les effets des politiques fiscales nationales, l'absence de généralisation du tiers-payant³, la réforme de l'assurance chômage, le manque d'ambition des politiques de la ville ont des impacts sur la santé et devraient donc être examinées aussi de ce point de vue.

Il a été montré que la courbe d'adoption des innovations suit le plus souvent un gradient social, les populations les mieux dotées adoptant le plus rapidement les innovations, ce qui laisse en arrière les populations moins dotées. La précédente crise a ainsi montré l'importance de l'équipement et surtout de la maîtrise de l'outil numérique. Il s'agit de veiller à ce que toute innovation (technologique ou non) couvre l'ensemble des groupes sociaux et territoriaux, en incluant dans son évaluation celle de son impact sur les ISS.

2. Lancer des programmes actifs de réduction des ISS

Ces programmes ont pour vocation d'agir sur les facteurs fondamentaux que sont le revenu, l'éducation, le pouvoir, le

travail, le logement et la reconnaissance sociale. Il s'agit de penser les politiques globalement, de façon intersectorielle, et d'en mesurer les effets sur les ISS. La crise de la Covid-19 a bien montré l'influence de la densité d'habitation des logements, liés à la séroprévalence et l'incidence de la contamination. Des travaux conduits aux États-Unis ont montré la pertinence de la démarche préventive des investissements dans des politiques du logement, mais la crise Covid a également montré la difficulté de sortir du principe de politiques conduites en silos, séparant d'un côté des objectifs d'habitat et, de l'autre, les politiques sanitaires. La réduction des ISS passe par des politiques du logement et de la ville ambitieuses. Dans un pays où 20% des enfants vivent sous le seuil de pauvreté, il est inacceptable de laisser des enfants sans abri stable. Ceci concerne non seulement les enfants sans abri, mais aussi les enfants de familles hébergées dans des logements provisoires dans une situation où toute stabilité de relation, de sécurité ou de scolarité est exclue. La construction de la santé dans l'enfance souligne l'intérêt de considérer comme un investissement social essentiel les politiques de l'enfance, l'accueil des jeunes enfants, une école pour tous, la médecine scolaire... Là aussi, une politique ciblée sur les zones les plus en difficulté est insuffisante. Il faut souligner que la majorité des enfants socialement défavorisés ne sont pas scolarisés dans les REP ou REP+⁴.

3. Développer la prévention pour tous et toutes

Il faut réduire l'exposition des personnes des catégories défavorisées aux risques auxquels elles sont surexposées, en veillant à ce que les mesures portent sur la création d'un environnement favorable et ne se contentent pas de promouvoir les changements de comportements individuels.

Parmi les multiples thèmes de la prévention, les ISS liées au travail et à l'emploi s'imposent, notamment par la coexistence de la persistance de conditions de travail pénibles et toxiques avec l'émergence de risque liées aux mutations du travail (précarité, densification).

La réduction des inégalités sociales liées à la nutrition, notamment le diabète et l'obésité, doit aussi constituer une priorité. La distribution sociale de ces pathologies et caractéristiques corporelles, très socialement différenciées, a pu jouer un rôle majeur dans les disparités sociales de gravité et de létalité de la Covid-19. La prévention doit s'attacher aux facteurs structurels (disponibilité, offre et prix des aliments) dans lesquels les comportements individuels s'inscrivent. L'alimentation est de fait un champ intersectoriel pour lequel des avancées considérables ont été réalisées. Dans un premier temps, le PNNS (Plan national nutrition santé) n'avait pas considéré les ISS au sens de gradient social et avait inclus uniquement les populations les plus précaires. Puis les ISS ont été incluses dans la réflexion, mais sans réel contenu concret. Plus récemment, le Nutriscore représente une avancée décisive dans les politiques intersectorielles. Il reste à évaluer son impact sur les ISS car, s'agissant d'une mesure d'information destinée à mieux éclairer les choix individuels, il est possible que ces informations soient utilisées préférentiellement par les populations les plus éduquées et que le dispositif puisse donc paradoxalement aggraver les inégalités sociales d'alimentation.

Enfin, si le lien entre environnement et santé est ancien, l'évolution de l'environnement vers des préoccupations de justice environnementale contribue à décloisonner une approche physico-chimique de l'environnement d'une part et une interprétation sociale de l'autre, source de limites pour les conseils aux décisions publiques.

Dans les mesures mises en œuvre, le principe d'une justice distributive devrait être mis en œuvre, respectant la santé des plus fragiles et ajustant les mesures en fonction des besoins, de

telle façon que la réduction du gradient social soit l'objectif visé, en incluant les plus précaires. Cette stratégie, dite de « l'universalisme proportionné », adapte l'intensité ou les modalités des efforts des politiques aux besoins des différents groupes sociaux. Cette approche a pour objectif d'éviter l'effet seuil en fonction duquel, au-delà d'un certain niveau de ressources, aucune intervention ne serait mise en œuvre, alors que le gradient social concerne, rappelons-le, l'ensemble de la population. A titre d'exemple, une situation d'isolement après un test COVID-19 positif peut, pour des personnes à haut niveau de ressources, relever de simples conseils *via* les médias (presse, radios, réseaux sociaux...), alors que pour des personnes à ressources intermédiaires il faut également du suivi téléphonique, et si nécessaire des visites à domicile pour les plus précaires.

4. Reconstruire un système de soins ouvert et coordonné

Un certain nombre de groupes sociaux restent à l'écart du système de soins, pour diverses raisons, linguistiques, en rapport avec leur niveau de littératie, réticences vis-à-vis du système de soins, financières... Cette distance est parfois grande (personnes en situation de précarité voire de grande précarité), parfois moins évidente dans les populations de la classe moyenne. Il est important d'aller au-devant de ces groupes et ne plus se contenter d'une « offre » de soins. L'effort pour « aller vers » peut suivre une démarche proportionnée, comme dans l'universalisme proportionné.

Il faut favoriser l'accès à un système de soins qui intègre la dimension sociale des inégalités de santé dans son fonctionnement en développant « l'aller vers » dans le système de soins, incluant une démarche vers les populations à l'écart

du système de soins et le développement de médiateurs de santé professionnels.

Les travaux scientifiques récents ont bien montré toute l'importance de la littératie, autrement dit la capacité de comprendre les informations sanitaires, de les mettre en œuvre, de s'orienter dans le système de soins et de santé. Ces capacités individuelles sont essentielles pour développer des programmes de prévention. Cette question de la littératie rejoint la question de la médiation déjà évoquée dans le cadre d'un système de santé prenant en compte l'ensemble des populations, y compris celles à l'écart, plus ou moins grand, du système. Elle doit compléter les efforts déjà entrepris pour des plates-formes d'interprétariat permettant de toucher l'ensemble de la population, quelle que soit sa langue.

Il est urgent d'améliorer le lien entre hôpital et ville, en renforçant le lien entre l'hôpital et le système ambulatoire. La réduction progressive de la durée moyenne de séjour et le développement de la chirurgie ambulatoire impliquent de renforcer les capacités du système de soins ambulatoire à répondre aux besoins des patients lors de leur retour à domicile. La capacité à mobiliser des ressources devient alors un enjeu majeur et susceptible de créer des inégalités lorsque la capacité et la possibilité de mobiliser ces ressources font défaut. Il est essentiel de veiller à ce que la réduction des lits d'hospitalisation soit accompagnée d'un véritable système de suivi ambulatoire⁵ pour ne pas laisser reposer sur les patients ou les patientes et leurs familles la qualité du suivi à la sortie de l'hôpital.

5. Faire de la démocratie sanitaire une réalité

Il est temps de savoir si les discours sur la politique de réduction des inégalités dans ce domaine ne sont qu'une rhétorique sans contenu ou préparent un véritable travail collectif pour

maitriser les déterminants sociaux de la santé qui installent, faute d'être analysés et combattus, le niveau élevé d'inégalités que nous connaissons en France. On ne peut que constater le rôle modeste des institutions censées animer la démocratie sanitaire durant la crise sanitaire actuelle. Cela appelle à développer de façon bien plus active le débat social sur la santé et les inégalités qui vont avec, impliquer la société civile, les représentants des usagers et des citoyens et mettre en cohérence les politiques nationales et les initiatives locales (associations, collectivités territoriales). Le fonctionnement des associations est essentiel. Les associations locales (quartiers, communes) assurent du lien social, de l'entraide et de la solidarité face à l'isolement qui s'est avéré un risque sanitaire dans la crise de la Covid-19. Mettre en place des procédures d'échanges et de concertation entre les ARS et les associations œuvrant sur le terrain pour une adaptation optimale des recommandations à la réalité du terrain et pour une démocratie sanitaire vivante est donc un impératif. Cet effort devrait s'accompagner d'une remontée d'indicateurs de processus visant à harmoniser les politiques sur le territoire national. L'exemple des enfants et la très grande variété de la prise en charge selon les départements illustre l'intérêt d'un tel suivi national pour harmoniser les prises en charge sans les standardiser.

6. Préparer les crises

Préparer les crises est un objectif central des politiques de santé. Cependant, dans un très grand nombre de crises, l'impact ne se limite pas à son origine principale, infectieuse par exemple, virale ou bactérienne. De même, une catastrophe industrielle ne se résume pas à l'impact en mortalité et en blessures et incapacités. Toute crise a des répercussions, notamment en santé mentale et sur les soins habituels, rendus plus difficiles. Dans la crise de la Covid-19, des effets sont liés au confinement comme le développement de violences intrafamiliales, des répercussions sur les habitudes

nutritionnelles ou la sécurité alimentaire. L'analyse bénéfiques/risques, qui est habituelle en santé publique, doit donc s'accompagner d'une étape supplémentaire (par exemple, si un confinement s'impose par les bénéfices qu'il apporte face au risque qu'il va générer, il importe de se préparer aux risques ainsi créés). Ainsi, lors de l'instauration du confinement, un impact sur la santé mentale était très rapidement prévisible, il pouvait donc être prévu et anticipé.

Anticiper les crises en prévoyant des plans et des stratégies de réponse ne peut se concevoir sans l'ensemble des acteurs, inscrivant la crise dans la durée et non seulement dans le court terme, et prévoyant des politiques publiques prenant en compte les ISS.

7. Se doter d'un système statistique national et territorial capable de piloter les politiques de réduction des ISS

Le besoin de piloter les politiques, au niveau national comme au niveau local, avec un délai court entre l'événement et la production des indicateurs a été rappelé à l'occasion de cette crise. Dans cet objectif, le développement du SNDS⁶ et des procédures routinières pour croiser rapidement les indices de déprivation et les données sanitaires sont des nécessités pour guider les politiques sanitaires, en dehors comme durant les crises.

Il est indispensable de développer le dispositif de suivi statistique sur les ISS et le pilotage des politiques sur des données de santé incluant les déterminants sociaux.

Le dispositif statistique sur la santé des enfants, dont 20% vivent sous le seuil de pauvreté en France, est particulièrement préoccupant; il est insuffisant à rendre compte du développement psychomoteur, relationnel, cognitif, de la santé mentale des enfants en lien avec leurs conditions de vie, conditions socioéconomiques, niveau de pauvreté et difficultés scolaires.

8. Développer les politiques publiques de santé pour les enfants

Les travaux scientifiques récents ont montré toute l'importance de la petite enfance dans la construction de la santé et, par conséquent, de la production précoce des ISS. L'investissement dans des politiques de l'enfance, notamment l'accueil des enfants de moins de trois ans, revêt de ce point de vue une importance particulière puisque des travaux de la cohorte Elfe, confirmant des travaux antérieurs, ont montré un enrichissement du langage et du développement cognitif chez les enfants dont le milieu d'origine est riche ou enrichi par un accueil en collectivité. À cet égard, l'investissement dans l'enfance mérite d'être mieux connu au-delà des travaux suggérant son intérêt économique.

Malgré une politique volontariste, l'offre et la qualité de l'accueil des enfants de moins de trois ans restent insuffisantes et marquées par de fortes inégalités territoriales. Pour le Haut conseil de la famille, de l'enfance, et de l'âge, à la fin 2017 seuls 16% des objectifs en termes de création de places d'accueil du jeune enfant étaient atteints⁷.

Un Institut de l'enfant permettrait concertation et meilleure efficacité des travaux et des avis autour de l'enfance. Il assurerait la visibilité d'une politique en faveur de l'enfance. Une structure de coordination des politiques pour les enfants

pourrait être chargée des connaissances de surveillance et de recherche ainsi que des politiques de soins,, avec un pilotage interministériel indispensable, dès lors que le logement, les *politiques* familiales ou le travail impactent tous à la fois la santé des enfants. En l'absence d'une attention explicite, les enfants risqueraient de rester invisibles, là encore, dans un paysage de politiques publiques sur l'enfance très dispersé.

9. Réduire les conséquences d'une altération de la santé sur les conditions de vie

La dégradation de l'état de santé a des conséquences souvent lourdes face à l'emploi, au logement, à la vie quotidienne. Leur répercussion sur la vie dépend des ressources que l'on peut déployer. Il faut s'attacher à réduire les conséquences d'une maladie ou d'un accident sur la situation sociale des personnes, avec de meilleures prises en charge et des dispositifs de formation en cas d'arrêt durable.

10. Développer une stratégie de recherche pour une politique de santé basée sur la justice

Un très grand nombre d'initiatives sont développées en France pour mettre en œuvre des interventions voire des politiques régionales de réduction des ISS. Le plus souvent, ces interventions restent méconnues, peu évaluées et, par conséquent, peu diffusées. La transférabilité de ces interventions est donc une priorité pour la recherche car les conditions de cette transférabilité ne sont pas faciles à conceptualiser et à établir.

L'objectif à terme est de mieux identifier les interventions et politiques de réduction des ISS dont l'efficacité est prometteuse, puis leur évaluation et leur transférabilité. Ainsi, il est certain, mais insuffisamment documenté, que les investissements en santé portent sur le long terme, notamment pour les politiques publiques de l'enfance. Développer des travaux de simulation sanitaires et économiques basés sur des modélisations mathématiques permettront de vérifier la pertinence des décisions selon l'horizon temporel envisagé.

Conclusion

Faute d'un modèle intégré, les efforts et politiques visant à réduire les inégalités sociales dans le secteur de la santé, notamment la forte mobilisation dans les associations et collectivités territoriales, entrent en résonance ou en conflit avec des politiques publiques nationales qui, partant d'une autre logique, peuvent impacter défavorablement les ISS. Ainsi les efforts locaux territoriaux pour les réduire se trouvent en contradiction avec des politiques macro-économiques qui orientent dans un sens différent. Le Comité interministériel pour la santé créé en 2014 n'a pas encore effacé la dissociation des politiques, avec la santé d'un côté et l'ensemble des politiques publiques de l'autre. Ce cloisonnement témoigne de l'absence d'évaluation de l'impact sur la santé de l'ensemble des décisions politiques. Considérer systématiquement les effets sur la santé et les ISS de toute décision politique pour identifier les impacts est donc une démarche indispensable. Enfin, un effort de recherche est nécessaire pour mieux connaître les conséquences et les impacts potentiels des déterminants macro-économiques sur la santé. Ces connaissances sont nécessaires au développement de l'évaluation d'impact sur la santé de toutes les politiques. Reste le besoin d'une implication politique forte, seule capable de dépasser le manque de coopération interministérielle et les habitudes de travail en silo.

Notes

- ① Ndlr : la parésie désigne en médecine une paralysie partielle ou entière.
- ② Un travail conduit par l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France et un document de la Drees font certes toutefois exception.
- ③ Tiers payant : permet de ne pas avancer les frais pour une dépense de santé qui serait ensuite remboursée. Le patient ne paie que ce qui reste à sa charge.
- ④ Compte tenu du nombre restreint de collèges REP+ ou REP, la majorité des élèves d'origine sociale défavorisée est scolarisée hors éducation prioritaire : 11,7 % des élèves de sixième de PCS défavorisée sont en REP+ et 19,2 % en REP. Stefanou Alexia. « L'éducation prioritaire. État des lieux » [MEN-DEPP]. Note d'information, 2018, n°2. https://archives-statistiques-depp.education.gouv.fr/Default/doc/SYRACUSE/43875/l-education-prioritaire-etat-des-lieux-alexia-stefanou?_lg=fr-FR
- ⑤ Suivi ambulatoire : suivi des patients hors de l'hôpital, impliquant les divers professionnels de santé et pour lequel leur coordination est essentielle.
- ⑥ Système National des Données de Santé
- ⑦ voir à ce sujet la Inote Terra Nova : F.deBodman, « Petite enfance : que devrait faire le prochain président de la République? », octobre 2021, https://tnova.fr/site/assets/files/16693/terra-nova_petite-enfance_florent-de-bodman_221021.pdf?1u1ge