

## Les inégalités sociales de santé, une question politique oubliée

3 avril 2007



Les inégalités sociales de santé ont donné lieu, en France comme à l'étranger, à de multiples travaux de recherche, mais ceux-ci restent largement ignorés par les professionnels et les décideurs, qui n'en ont jamais fait, comme au Royaume-Uni ou en Suède, une priorité politique.

Certains résultats sont pourtant frappants. Les différences de mortalité entre milieux sociaux ne se sont pas réduites entre le début des années 80 et le milieu des années 90. Elles se sont même accrues chez les hommes, avec un écart d'espérance de vie qui à 35 ans atteint sept ans entre les ouvriers et les cadres, et des disparités liées à la fois au diplôme, à la catégorie socio-professionnelle et aux revenus. On retrouve ces différences dans pratiquement tous les domaines de la morbidité, qu'il s'agisse des maladies cardio-vasculaires ou du cancer, en passant par les accidents, les problèmes dentaires et la santé mentale. Elles persistent aussi en matière de recours à la prévention et aux soins, où la qualité des couvertures complémentaires joue un rôle déterminant, même si la CMU a, malgré ses limites, diminué les renoncements aux soins des ménages les plus modestes. Et, au-delà des pathologies et de leur prise en charge, les conséquences des problèmes de santé s'avèrent d'autant plus graves pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes atteintes qu'elle sont au départ dans des situations socio-économiques moins favorables.

Deux sujets méritent en outre d'interpeller. Les inégalités de santé ont un caractère particulièrement précoce, avec, par exemple, dès l'âge de six ans, des différences sociales marquées en matière de caries non soignées et d'obésité, prédictive de problèmes cardio-vasculaires. Le chômage et l'inactivité y prennent par ailleurs une part déterminante, avec à la fois des phénomènes de sélection et d'exclusion de l'emploi liés à la santé, et un rôle « catalyseur » des périodes de chômage et de précarité qui, lorsqu'elles se prolongent, peuvent aboutir à la combinaison de troubles physiques, psychiques et de comportements à risque (problèmes d'addiction notamment).

La persistance de ces inégalités sociales de santé a bien sûr des causes multiples : différences d'exposition aux facteurs de risque, notamment dans le travail, problèmes de ressources économiques et culturelles conduisant à d'autres priorités quotidiennes, cumuls de difficultés ou habitudes prises à des moments-clés de l'existence, effets de l'environnement ou de l'entourage, sentiments de disqualification sociale pesant directement sur la santé, attitudes des professionnels dont les pratiques s'avèrent différenciées selon l'origine sociale des patients auxquels ils s'adressent.

Mais cela n'explique en rien que le débat social et l'action publique ne se soient pratiquement pas en France, au-delà de l'institution de la CMU, emparés de ce sujet, contrairement à la Suède, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, qui en ont fait une priorité politique affichée. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ne retient par exemple que deux objectifs qui ont trait à la réduction des inégalités de santé parmi les cent qu'elle s'est donnée.

Tout se passe à cet égard comme s'il était largement préférable d'occulter cette question, et ce pour un ensemble de raisons. D'abord parce que ces inégalités « fondamentales » sont difficiles à admettre, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants, et qu'elles font, plus encore que les inégalités face à l'école, voler en éclat le mythe de l'égalité des chances dans notre société.

Ensuite, parce que nos politiques de santé restent largement dominées par une conception individuelle des comportements à risques, que l'on retrouve à travers le relèvement du prix du tabac, ou la pratique de campagnes de prévention et de dépistage socialement indifférenciées, et qu'en dehors de la sécurité sanitaire, elles tiennent peu compte de la dimension collective des problèmes de santé. De leur côté, les politiques d'insertion destinées aux chômeurs et aux allocataires de minima sociaux ont eu tendance à privilégier les incitations financières à la reprise d'emploi, sans forcément prendre la mesure des autres difficultés auxquels ils se heurtent. Et il est à coup sûr peu facile de regarder en face l'ampleur des problèmes d'alcool ou de santé mentale chez les chômeurs ou les rmistes, face auxquels les professionnels sont en grande partie démunis.

Enfin, notre système de santé de tradition « bismarckienne » n'a pas été conçu ni aménagé pour prendre en charge, comme en Suède ou au Royaume-Uni, l'objectif de « promotion de la santé » dans l'organisation des soins primaires. La structuration des acteurs, leurs modes de négociation, principalement tournés vers les tarifs et les filières de soins, privilégient d'autres préoccupations. Les Caisses de sécurité sociale ont largement tendance à se polariser sur « la gestion du risque », et, hormis à certains endroits de l'hôpital, la plupart des professionnels de santé ne considèrent pas comme de leurs missions, et n'ont d'ailleurs pas été formés à prendre en charge la dimension sociale des problèmes de santé.

Les conséquences de cette « occultation » sociale et politique sont potentiellement lourdes : reproduction des inégalités et développement de sentiments d'injustice à propos d'un bien « fondamental » comme la santé, perte de confiance dans notre système de protection sociale quand il demande à tous, sans considération pour l'espérance de vie à la retraite, de travailler plus longtemps, stigmatisation de ceux qui n'adoptent pas les « bons » comportements, que ce soit en matière de prévention ou de recherche d'emploi, constitution d'une catégorie inavouée « d'inadaptés sociaux », qui, au-delà des handicaps reconnus, conjuguent problèmes de santé et difficultés à s'insérer (ou à demeurer) dans des environnements de travail de plus en plus contraignants.

Il est donc temps que la question des inégalités sociales de santé trouve un écho au-delà des chercheurs et des spécialistes, et s'impose à l'action publique. Cela implique d'abord que, comme dans les pays où cela a été le cas, un débat s'engage pour faire reconnaître ces inégalités comme inacceptables et envisager la meilleure façon d'en faire une priorité : faut-il comme au Royaume-Uni cibler avant tout les enfants et les plus

défavorisés ; faut-il privilégier le terrain des entreprises, de l'école, du système de santé ou des territoires ; de quelle manière concrète articuler politiques sociales et politiques de santé...

Toute une série d'actions peuvent d'ores et déjà être envisagées : reformuler le rôle de la protection maternelle et infantile (PMI) en l'orientant vers les comportements de prévention et les modes de vie ; revoir les règles d'accès aux cantines scolaires dont on sait qu'elles sont parfois fermées aux enfants de chômeurs et d'inactifs ; sensibiliser les professionnels de santé aux questions sociales, les former au repérage des situations sociales difficiles et à une meilleure prise en compte des problèmes d'alcool ; intervenir auprès des entreprises pour prévenir la mise à l'écart des salariés qui ont des problèmes de santé et faire prendre en compte par les politiques de gestion de la main d'œuvre la chronicisation de certaines maladies ; proposer aux chômeurs et aux rmistes, dans le cadre du Service public de l'emploi, un suivi et un accompagnement en termes de santé, au même titre que des actions de formation ou de réinsertion ; réfléchir au ciblage et à la modulation des messages de prévention, dont il faut mettre en doute la capacité à atteindre les différents groupes sociaux, par exemple en matière d'habitudes de vie ou de nutrition.

Quant au système de soins proprement dit, le coût de son financement collectif (près de 9 % du PIB) apparaît trop élevé pour que son organisation et ses pratiques ne soient pas reconsidérés au regard d'une telle priorité. Et le prisme des inégalités de santé est sans doute une voie majeure pour revisiter la fonction, l'organisation et le financement des soins primaires en France, et leur reconnaître une fonction sociale et préventive de proximité, ceci ne pouvant manquer d'avoir des conséquences à terme sur la formation, la rémunération et l'évaluation des professionnels de santé.

- 
- Emplacement :

[Accueil](#) > [Points de vue](#) >

- Adresse de cet article : <https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-sociales-de-sante-une-question-politique-oubliee>