

Les chercheurs français scrutent les inégalités sociales de santé

En 2006, l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) a lancé un appel à projets pour soutenir des recherches sur les inégalités sociales de santé. Les projets retenus étudient les mécanismes de constitution de ces inégalités : transmission parentale, répercussion du statut professionnel sur l'état de santé, relations sociales dans les quartiers populaires ayant un effet positif sur la santé, etc. Autant d'éléments scientifiques guidants pour la prévention et la réduction de ces inégalités. En voici quelques exemples.

Si les écarts de santé selon les catégories socioprofessionnelles sont relativement bien documentés en France, les travaux pour comprendre le mécanisme de ces inégalités sont plus épars et le débat public sur le sujet plus faible comparativement à d'autres pays, comme l'ont montré les interventions lors des Journées de la prévention de l'INPES, en avril 2008. La communauté des chercheurs, souvent jugée comme trop restreinte sur cette thématique en France, se mobilise pourtant depuis plusieurs années déjà.

C'est pour s'inscrire dans un soutien à cette dynamique de recherche qu'en 2006 l'Iresp¹ a organisé un appel à projets de recherche sur les inégalités sociales de santé. Douze projets sur les trente-trois reçus avaient été sélectionnés (liste disponible sur le site de l'Iresp). Les Journées de la prévention de l'INPES ont été l'occasion de présenter les résultats de quelques-uns de ces travaux. Cet article en présente un bref aperçu. L'objectif est de montrer l'importance et l'intérêt des sujets de recherche dont les résultats sont un apport indispensable pour le développement d'actions efficaces visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Parents-enfants : un état de santé corrélé

Parmi les travaux présentés, deux recherches viennent compléter les connaissances quant à l'influence de la profession et la catégorie sociale sur l'état de santé.

Dans le travail présenté par Alain Trannoy (1), c'est l'impact de la situa-

tion socio-économique et de la santé des parents sur celle de l'enfant devenu adulte qui a été explorée. Il en ressort que l'état de santé à l'âge adulte est clairement lié à la situation socio-économique de ses parents et à leur état de santé. L'état de santé déclaré est d'autant meilleur que l'on a grandi dans un contexte socio-économique favorisé et cela, d'autant plus si la mère avait une activité professionnelle. La profession du père interviendrait de manière indirecte, par l'influence qu'elle jouerait sur la profession choisie par l'enfant devenu adulte. De même, l'état de santé de l'enfant devenu adulte est corrélié à l'état de santé des parents. Ces travaux montrent qu'il existe une transmission intergénérationnelle des inégalités de santé. Cependant, les effets de cette transmission peuvent être modifiés par le niveau d'éducation atteint par l'individu.

Ascension professionnelle = meilleure santé

L'importance de la catégorie socio-professionnelle d'appartenance a également été explorée dans le travail présenté par Emmanuelle Cambois (2). L'analyse de trajectoires professionnelles montre l'impact des changements de situation professionnelle sur l'état de santé, qu'ils soient ascendants (vers une catégorie supérieure) ou qu'ils soient descendants (vers une catégorie inférieure). Les hommes ayant connu un déclassement professionnel (passer d'un statut de cadre à un statut d'inactif, par exemple) ont une surmortalité importante par rapport à ceux qui ont conservé leur statut professionnel. Dans le sens inverse, ceux

ayant connu une amélioration de leur situation professionnelle ont vu aussi leur état de santé s'améliorer par rapport aux personnes de leur catégorie d'origine. Le niveau de risque de mortalité est plus proche de la catégorie que l'on rejoint que de celle que l'on quitte et cela est valable dans une évolution inverse. Le constat de l'effet du déclassement sur la mortalité aggravée vaut également pour les femmes.

Ces résultats de recherche vont dans le même sens que ceux présentés par Gwenn Menvielle (3) sur le lien entre les trajectoires professionnelles et les inégalités sociales de santé liées à la mortalité par cancer. Les personnes qui ont une trajectoire sociale descendante ont un risque de mortalité par cancer deux fois plus élevé par rapport aux personnes qui ont une trajectoire sociale stable. Ces constats vont dans le sens d'un « effet cumulatif » de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant selon les trajectoires de vie.

La convivialité, facteur protecteur de santé

En France, comme ailleurs, les données générales sur la mortalité font état de disparités régionales et locales qui interpellent le rôle de l'environnement sur les inégalités sociales de santé. Des analyses géospatiales à l'échelle des quartiers viennent affiner les connaissances. Serge Paugam (4) a présenté les résultats d'un travail qui analyse le lien entre troubles dépressifs, atteinte de l'estime de soi et lieu de résidence. Ce travail montre que la prudence est de mise pour ne pas tomber dans des clichés

rapides d'interprétation. En effet, les lieux de résidence stigmatisés comme quartiers à difficultés – en raison de la dégradation du quartier et d'indicateurs habituels comme chômage et forte population immigrée – sont souvent considérés comme associés à un risque accru de détresse psychologique ou de dépression. Si, globalement, le fait d'habiter dans une zone pauvre, dans un quartier stigmatisé, le degré d'incivilités, tout comme la situation d'isolement social sont fortement liés à la détresse psychologique, d'autres facteurs semblent intervenir. L'analyse sur deux quartiers, l'Île-Saint-Denis et Bagneux-Les Cuverons, a montré qu'au-delà des indicateurs habituels la prise en compte du degré de similitude du quartier (à savoir se sentir proche ou semblable aux gens qui vivent près de vous, sentiment de vivre dans un quartier où il y a un partage des mêmes valeurs) joue le rôle de facteur protecteur pour ses habitants. À l'Île-Saint-Denis, malgré le chômage, la forte immigration, il y a une très faible tendance de détresse psychologique, contrairement à ce qui est observé à Bagneux. La différence réside dans le fait que l'Île-Saint-Denis présente un fort degré de similitude, avec un bon maillage social et des liens sociaux de qualité. À l'inverse, Bagneux est dans une situation de non-comparabilité sociale et subit de fortes tensions.

Accès inégalitaire à la prévention et aux soins

Le rôle du système de santé dans la réduction des inégalités sociales de santé fait également l'objet de débats. L'accès inégal aux soins et à la prévention apparaît en effet comme source d'inégalités. Ainsi, par exemple, dans une analyse des facteurs socio-économiques et géographiques explicatifs de différences dans la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Carole Pornet (5) montre qu'il existe des différences selon le régime d'assurance maladie. Les personnes qui sont prises en charge par des régimes spéciaux ou des régimes de fonctionnaires ont une plus grande probabilité de participer à ces campagnes organisées de dépistage. Les hypothèses sont multiples : statut socio-économique de ces professions, meilleur suivi médical, rôle de la médecine du travail, etc. (*voir l'article de Youcef Mouhoub dans ce même numéro*).

Les différentiels d'accès aux soins peuvent également alimenter ou même créer des inégalités sociales de santé (*Ndlr : voir article de Pierre Lombrail*). À titre d'illustration, le travail présenté par Chantal Cases (6) explore la différence de prise en charge du patient en surpoids, selon sa profession et catégorie sociale et plus particulièrement

le rôle que joue la relation médecin-malade dans cette différence. Parmi les différences observées, le mode de décision pour la prise en charge du patient diffère selon les catégories. En effet, les patients les plus diplômés sont dans un mode de décision partagé avec le médecin quant à leur prise en charge, alors que les patients les moins diplômés ont tendance à laisser le médecin décider seul et ont besoin d'aide pour s'orienter dans le système de soins.

Marie-José Moquet

Médecin, chef du département Qualité des pratiques et formation, Ddeset, INPES.

Pour en savoir plus

<http://www.iresp.net/>

► Références bibliographiques

(1) Trannoy A., Devaux M., Jusot F., Tubeuf S. *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents*. Premiers résultats publiés dans le Bulletin d'information en économie de la santé n° 118, février 2007.

(2) Cambois E., Laborde C. *Inégalités sociales face à la mort : quelles sont les relations entre les itinéraires professionnels et la mortalité ?* Ined, unité Mortalité santé épidémiologie.

(3) Menvielle G., Chastang J.-F., Cyr D., Schmaus A., Leclerc A., Luce D. *Inégalités sociales de mortalité et d'incidence des cancers en France : aspects descriptifs et facteurs explicatifs*. Les résultats des données épidémiologiques ont été publiés dans le BEH, n° 33, septembre 2008.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh_33_2008.pdf

(4) Paugam S., Équipe de recherche sur les inégalités sociales (Eris), Centre Maurice-Halbwachs, CNRS-EHESS-ENS-université de Caen. *Santé mentale et précarité : les effets du lieu de résidence*.

(5) Launoy G., Dejardin O., Morlais F., Bouvier V., Pornet C. *Mécanismes de formation des inégalités sociales dans la prise en charge des cancers en France et en Angleterre*. ERI 3 – Inserm « Cancers et populations », Caen.

(6) Lang T., Cases C. *L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. Étude pilote*. Inserm U558, département d'épidémiologie, Toulouse.