

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

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

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

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

Emmanuelle Cambois (cambois@ined.fr)¹, Florence Jusot²

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

Résumé / Abstract

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

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

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

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

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

Mots clés / Key words

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

Introduction

La France affiche de larges inégalités sociales face à la mort et, plus généralement, en matière de santé : au milieu des années 1990, environ sept années séparaient l'espérance de vie à 35 ans d'un homme cadre ou occupant une profession intellectuelle supérieure de celle d'un ouvrier [1]. La France n'est pas un cas isolé et l'ensemble des pays, européens entre autres, déplorent d'importantes inégalités de santé liées à la situation socio-économique des personnes, et ce quelle que soit l'approche utilisée pour les mesurer : santé perçue, maladies, handicap ou risques de décéder. Les plus instruits, les catégories de professions les plus qualifiées et les ménages les plus aisés bénéficient d'une espérance de vie plus longue et se trouvent en meilleure santé. Les conclusions convergentes d'une étude à l'autre dans les pays de l'Union et les tâtonnements pour mesurer, comprendre et réduire les disparités sociales ont porté les préoccupations et questionnements dans ce domaine du niveau national au niveau européen. L'ampleur des écarts est-elle similaire à travers l'Europe ? Les causes de décès et les maladies sources d'inégalités sont-elles les mêmes d'un pays à l'autre ? Ces inégalités connaissent-elles partout en Europe la même évolution ? Les différences culturelles sont-elles de taille à protéger un pays ou une région de la communauté européenne ? Les facteurs de risque incriminés dans un pays sont-ils également socialement différenciés ailleurs ? Peut-on tirer les leçons des politiques de santé publique, de l'organisation sociale et du système de soins mis en place dans les pays voisins ? Face au besoin de mettre en perspective les situations des pays européens, des efforts sont déployés depuis la fin des années 1990 pour utiliser les données les plus comparables et étudier les différentiels sociaux de mortalité et de morbidité dans les pays de la communauté. Les travaux s'attachent alors à limiter les problèmes d'interprétation et de comparaison liés aux sources et données, aux différences dans les dispositifs sanitaires et sociaux ou encore aux différences culturelles dans la perception de la santé (encadré 1). S'ils ne permettent pas de répondre à toutes les questions soulevées ou de classer directement les pays, ces travaux soulignent les similitudes, convergences ou divergences dans les résultats et dessinent des tendances, par exemple géographiques, caractérisant la région européenne. Nous présentons dans cette étude une synthèse des conclusions d'articles issus de ces travaux comparatifs.

Inégalités sociales face à la mort en Europe

Les premiers résultats d'un programme de recherche européen ont mis en évidence, de manière récurrente, de fortes inégalités sociales de mortalité prématurée chez les hommes (entre 45 et 65 ans) dans 11 pays européens, autour de la période 1985-92 [2,3]. L'ampleur des écarts entre catégories de professions manuelles et non manuelles varie considérablement d'un pays à l'autre et les inégalités les plus fortes se trouvent alors en France et en Finlande. La piètre position de la France s'explique par

des différentiels de mortalité beaucoup plus larges que dans les autres pays dans la tranche d'âge 45-59 ans ; on trouve des rapports de taux de mortalité entre professions manuelles et professions non manuelles de 1,7 dans cette tranche d'âges, quand ces rapports sont inférieurs à 1,5 dans les autres pays [3]. Les inégalités de mortalité selon le niveau d'instruction, estimés alors pour les hommes et pour les femmes de cette tranche d'âges, sont là encore les plus élevés pour la France [3]. Dans les années 1980, parmi les causes de décès qui contribuaient aux inégalités de mortalité on trouvait certains cancers, des maladies du système respiratoire et du système digestif (autres que le cancer) et des maladies cardiovasculaires [3]. Pour les cancers, l'impact des facteurs sociaux était particulièrement fort pour les localisations suivantes [4] : cancers du poumon et dans la plupart des pays, cancers du foie pour les hommes et de l'œsophage, de l'estomac et de l'utérus pour les femmes. Pour quelques localisations, on trouvait un risque plus élevé dans les classes favorisées, inversant le sens des inégalités : cancer du côlon et de la peau ainsi que les tumeurs du cerveau pour les hommes et les cancers du sein ou des ovaires pour les femmes. Quant aux maladies cardiovasculaires, la surmortalité des catégories défavorisées était obser-

vée dans les pays du nord de l'Europe mais pas dans les pays du sud, France comprise ; on observait ainsi un gradient nord-sud des inégalités de mortalité par maladies cardiovasculaires [5,6].

Évolution des causes, évolution des écarts

Depuis les années 1980, la mortalité générale a fortement diminué et les causes de décès se sont modifiées, notamment avec une baisse importante de la mortalité par maladies cardiovasculaires et la mortalité par cancer pour certaines localisations (estomac, cancers de l'utérus, cancers liés à l'alcool chez les hommes) [7,8]. La question est donc de savoir si les groupes sociaux ont tous également bénéficié de l'allongement de l'espérance de vie et si les écarts entre groupes sociaux se sont accrus ou ont au contraire diminué. Différentes études nationales concluent à un maintien des écarts de mortalité, voire une aggravation des inégalités au cours du temps. L'analyse comparative pour six pays vient confirmer ce constat¹ [9]. On observe globalement une diminution moins marquée de la mortalité dans les groupes de professions manuelles

¹ Finlande, Suède, Norvège, Danemark, Angleterre et Pays de Galles, Italie (Turin) (1981-85 et 1991-95).

Encadré 1 Difficultés méthodologiques pour la mesure et la comparaison des différences sociales de santé

Les premières revues de littérature internationales ont montré la quantité d'études portant sur les inégalités de mortalité et la difficulté de comparer leurs résultats [36,37,38]. Les données en santé et l'enregistrement des décès diffèrent d'un pays à l'autre, voire entre les régions d'un même pays. La diversité des recueils statistiques et des outils de mesure utilisés constituent un premier obstacle à la comparaison des niveaux et écarts de santé (méthodes de collecte des données, codage des causes de décès, indicateurs de santé...). Les études comparatives se heurtent aussi à la diversité des critères retenus pour refléter l'appartenance sociale (revenus, instruction, profession, possessions...), qui ont chacun un rôle spécifique sur la santé à travers les déterminants de la santé qu'ils représentent plus particulièrement : conditions de vie en général, conditions de travail, connaissances des facteurs de risque ou des systèmes de soins... Ces critères sociaux ont de surcroît un sens différent selon les pays : les systèmes éducatifs ou les groupes de professions distribuent les populations sur un « gradient social » propre à chaque pays, voire à chaque époque dans un pays (évolution de l'accès à l'instruction ou des secteurs d'activité et professions). La comparaison des différentiels de mortalité ou de santé d'un pays à l'autre, nécessite non seulement l'utilisation de données comparables mais aussi une analyse de la « signification » sociale, culturelle et administrative des groupes constitués ou encore de leur « place » relative dans l'organisation de la société.

Par ailleurs, la définition de la santé, les dispositifs de mesure et les indicateurs utilisés sont variables. Dans la majorité des cas, la mesure de la santé à l'échelle de la population passe par des enquêtes déclaratives effectuées auprès des ménages. Outre les différences dans les protocoles d'enquête, dans le choix des domaines d'intérêt à renseigner ou dans les instruments de mesure utilisés pour le faire [39], il existe aussi des différences culturelles dans la manière de percevoir et de déclarer des problèmes de santé ou le recours aux soins. Les informations recueillies auprès des personnes sont le résultat d'une équation faite de multiples composantes de ce que savent les personnes sur leur état de santé (qui dépend en partie du développement des connaissances et pratiques médicales du pays), de la propension de chacun à déclarer des problèmes de santé selon comme il les vit (ressenti, adaptation à son état, impact sur la vie quotidienne...). Par ailleurs, au sein d'un même pays, ces composantes sont socialement différenciées et interviennent dans la mesure même des inégalités observées, ajoutant encore de la difficulté dans l'interprétation des inégalités sociales de santé à travers l'Europe. Enfin, les facteurs sociaux n'ont pas tous le même impact sur les différents problèmes de santé : une étude montrait que les conditions de vie matérielles du moment, en particulier le revenu, explique une grande partie des inégalités de mauvaise santé perçue [22] et une autre étude suggérait un impact plus important de l'instruction face aux maladies cardiaques [30]. Dès lors, l'ampleur des écarts est susceptible de varier, y compris pour une même population, selon les indicateurs de santé utilisés et les critères sociaux retenus.

ou encore pour les moins instruits. On retrouve cette tendance pour l'ensemble des causes et en particulier pour la mortalité par maladies cardiovasculaires (excepté dans l'étude sur Turin) : la diminution de la mortalité est en partie liée à une sensibilisation à certains facteurs de risque (diminution de la consommation de tabac par exemple) qui semble avoir eu pour effet de creuser l'écart en s'appliquant davantage aux catégories les plus favorisées. Pour certaines causes, on observe même un accroissement des taux de mortalité dans les groupes les moins favorisés au cours des années 1980 : cancers du poumon ou du sein, maladies respiratoires, maladies du système digestif, accidents [9]. Des études plus récentes montrent aussi que les inégalités sociales de mortalité persistent aux âges élevés [10] et ce y compris parmi ceux qui ont atteint 90 ans [11].

L'ordre des causes de décès incriminées dans les inégalités sociales de santé dans la décennie 1990 s'est un peu modifié par rapport à la situation des années 1980 décrite plus tôt. Chez les hommes dans les années 1990, les cinq principales causes de décès qui induisent des différences sociales de taux de mortalité sont les cardiopathies ischémiques, les cancers du poumon, les maladies du système respiratoire (maladies pulmonaires chroniques obstructives), les maladies cérébrovasculaires et les autres maladies cardiovasculaires. Pour les femmes, il s'agit des cardiopathies ischémiques, des maladies cérébrovasculaires, pneumonies et maladies du système respiratoire (maladies pulmonaires chroniques obstructives)². La contribution des maladies cardiovasculaires et respiratoires aux inégalités sociales de mortalité augmente avec l'âge [10]. Les données françaises sur les causes de décès responsables d'inégalités sociales s'inscrivent dans cette tendance européenne et indiquent une influence croissante, au cours des années 1990, du diabète et des maladies respiratoires comme facteurs de la surmortalité des ouvriers et des employés par rapport aux cadres supérieurs [12].

En Europe, dans les années 1990, les maladies cardiovasculaires, très prévalentes, sont ainsi en tête des affections responsables des différences sociales de mortalité, en particulier chez les femmes pour lesquelles elles expliquent 60 % des différences de mortalité entre les plus instruits et les moins instruits (contre 40 % chez les hommes) [10]³. Les pays du nord de l'Europe, avec un risque bien plus important dans les groupes les moins favorisés, présentent encore des écarts plus importants que les pays du sud, maintenant le gradient nord-sud observé dans les années 1980 pour ce groupe de causes de mortalité. Cependant, parmi les causes de décès par maladies cardiovasculaires, on note des tendances différentes pour les accidents vasculaires cérébraux et les cardiopathies ischémiques [10,13]. Le gradient nord-sud existe pour les cardiopathies ischémiques. Il est d'autant plus prononcé qu'on constate même un désavantage des plus éduqués en Italie par rapport aux moins éduqués, renversant l'inégalité sociale dans ce pays par rapport à la situation en Europe du nord [10]. La tendance géographique est en revanche inexistante pour la mortalité par

maladies cérébrovasculaires : elles participent aux inégalités sociales partout en Europe, pour les hommes comme pour les femmes et les écarts sont similaires d'un pays à l'autre (seule l'Autriche affiche des écarts plus importants dans cette étude) [14] ; les inégalités en matière de mortalité par accidents vasculaires cérébraux diminuent légèrement avec l'âge. Par ailleurs, alors que les inégalités liées aux maladies cardiovasculaires en général ont augmenté au cours des années 1980, du fait d'une diminution moins marquée dans les groupes sociaux les moins favorisés, les écarts sont restés stables pour les accidents vasculaires cérébraux au cours de la même période, avec une diminution équivalente de la mortalité dans tous les groupes sociaux [15] ; excepté en Norvège où les différences sociales en la matière se sont accrues.

La contribution des cancers aux inégalités de mortalité est de 24 % chez les hommes et 11 % chez les femmes [10]³. Le poids des cancers dans les inégalités est cependant très variable selon la localisation et les évolutions au cours du temps de ces maladies diffèrent grandement entre autre du fait d'une augmentation des risques de décéder attribués à certains cancers dans les groupes défavorisés [9]. Ainsi, les inégalités sociales de mortalité par cancer du sein qui étaient aux dépens des groupes les plus favorisés dans les années 1980 ont disparu dans certains pays [10] ; c'est le cas de la France, pour les femmes de 20 à 79 ans [16]. Du fait de l'accroissement des risques de mortalité par cancers du poumon pour les plus défavorisés dans les années 1980, cette cause de décès est encore l'une des premières causes d'inégalités face à la mort chez les hommes [10]. Contrairement aux maladies ischémiques, les cancers contribuent moins aux inégalités sociales de mortalité aux âges élevés. Il n'y a pas de tendance géographique marquée concernant la contribution des cancers aux inégalités sociales de mortalité.

Les causes externes (accidents, suicides, homicides), contribuent aux inégalités sociales chez les hommes (5 %) mais pas chez les femmes [10]³. La mortalité par accident de la circulation est socialement marquée, du moins chez les hommes [17]. C'est aussi le cas pour la mortalité par suicide, même si l'ampleur des écarts diffère d'un pays à l'autre [18]. Si la contribution des causes externes aux inégalités de mortalité ne semble pas majeure, elle reste un enjeu important en santé publique car ces causes de décès sont prédominantes chez les plus jeunes, peu touchés par les autres.

Des inégalités de santé perçue, face aux maladies...

Les études comparatives européennes ont aussi porté sur la comparaison des inégalités sociales de santé, incluant les maladies létales comme les non létales, les incapacités ou encore l'état de santé perçue, qui reflète, en plus des maladies, des notions de qualité de vie.

Les premières études, portant sur les années 1980, concluaient à des inégalités en matière de mauvaise santé perçue d'ampleur variable d'un pays à l'autre et sans gradient géographique clair⁴ [2]. Les

études plus récentes indiquent que les inégalités sociales de santé perçue n'ont pas décliné au cours du temps : on constate même une augmentation des risques relatifs (odds ratios) de mauvaise santé perçue selon le niveau d'instruction pour les femmes et selon le niveau de revenu pour les deux sexes (en particulier Espagne et Italie, ainsi qu'aux Pays-Bas pour les femmes) [19]. Ainsi, dans les années 1990, la bonne santé perçue reste fortement liée au niveau d'instruction, au revenu ainsi qu'à d'autres critères sociaux, et ce jusqu'aux âges élevés [20,21,22].

Ces inégalités de santé perçue sont confirmées par des inégalités face aux maladies et troubles divers, létaux et non létaux (tableau 1) [23]. Les prévalences des groupes de maladies mesurées par des enquêtes déclaratives, comme celles utilisées dans ce type d'étude, peuvent varier grandement d'un pays à l'autre du fait de différences liées à la manière de recueillir l'information dans les enquêtes ou encore à la manière qu'ont les personnes dans les pays de connaître, de percevoir et de déclarer leur état de santé (encadré 1). De fait, le contenu des groupes de maladies peut varier entre pays rendant les comparaisons internationales difficiles, tant pour les prévalences que pour les différences sociales de prévalences [23]. On constate toutefois que les conclusions sont récurrentes d'un pays à l'autre. Parmi les maladies socialement différenciées, on retrouve certaines causes de mortalité différentielle : les accidents vasculaires-cérébraux et autres maladies cardiovasculaires ou les maladies respiratoires. Et comme pour la mortalité, on trouve des différences sociales en matière de maladies cardiovasculaires plus marquées dans les pays d'Europe du nord qu'en Europe du sud [23]. Pour les cancers, les différences de prévalence entre groupes sociaux ne sont globalement pas significatives, alors que ce groupe de maladies contribue aux inégalités de mortalité, au moins pour les hommes. La diversité des cancers et les biais de déclaration liés à des différences sociales dans les diagnostics peuvent expliquer en partie ce résultat. On suppose aussi que la combinaison de différences sociales en matière d'incidence des cancers et de chances de survie associées participe à ce résultat [24]. On voit par ailleurs apparaître des inégalités sociales pour d'autres pathologies, telles que le diabète, l'arthrose et les maladies du système nerveux (paralysies, maladie de Parkinson, épilepsie...) (tableau 1).

² On observe également un rôle important des cancers de l'estomac qui ressortent en tête des causes de mortalité responsables d'inégalités sociales lorsqu'on les exprime en terme de risques relatifs. Cette cause de décès a fortement diminué au cours du temps mais elle reste extrêmement socialement différenciée.

³ Ce pourcentage représente la part que chaque cause de décès occupe dans la différence entre le taux de mortalité totale des plus instruits et celui des moins instruits.

⁴ A noter, il existe en Europe un gradient nord-sud dans la prévalence générale de la bonne santé perçue : les pays du nord affichent une meilleure santé perçue que les pays du sud, et on suppose des différences culturelles dans la manière de percevoir et de déclarer la bonne ou la mauvaise santé dans les régions d'Europe (encadré 1).

Tableau 1 Inégalités dans la prévalence de maladies chroniques déclarées selon le niveau d'instruction, des hommes et femmes de 25 à 79 ans, années 1990 (Odds ratios des risques des moins éduqués vs des plus éduqués, contrôlés sur l'âge) | *Table 1* Inequalities in the prevalence of self reported chronic conditions by level of education among men and women aged 25-79 years, 1990's (odds ratios for the least educated vs the most educated, controlling for age)

	Finlande	Danemark	Grande-Bretagne	Pays-Bas	Belgique	France	Italie	Espagne
Accidents cérébro-vasculaires			2,23 ^a	1,65 ^a	1,38	1,30 ^a	1,47 ^a	1,31 ^b
Maladies du système nerveux	1,06	1,14	1,29 ^a	1,39	1,99 ^a	0,97	1,85 ^a	
Diabète		1,16	1,26	1,60 ^a	1,98 ^a	1,45 ^a	1,59 ^a	1,99 ^a
Arthrose			1,73 ^a	1,48 ^a	1,44 ^a			
Hypertension		1,03	1,33 ^a	1,17 ^a	1,22 ^a	1,42 ^a	1,26 ^a	1,15
Ulcères du duodénum ou de l'estomac		2,16 ^a	1,46 ^a	2,24 ^a		1,73 ^a	1,35 ^a	1,45
Maladies génito-urinaires	0,84		0,91	1,27 ^a	1,43 ^a	0,86 ^a	0,63 ^a	1,23 ^b
Céphalées / migraines		1,72 ^a	1,05	1,25 ^a	1,34 ^a	1,19 ^a	1,37 ^a	
Maladies osteo-articulaires				1,61 ^a	1,54 ^a	1,43 ^a		
Maladies du foie et de la vésicule biliaire				1,80 ^a	1,55 ^a	1,20	1,19 ^a	
Maladies chroniques respiratoires	1,07	1,44 ^a	1,34 ^a	1,23 ^a	1,70 ^a	1,19	1,69 ^a	1,82 ^a
Maladies cardiaques			1,29 ^a	1,20	1,63 ^a	1,07	1,09	0,89
Maladies du dos et de la moelle épinière		1,16	0,90	1,17 ^a	1,53 ^a	1,09		
Cancers	0,86		1,20	1,23	1,08	0,90	0,98	
Calculs néphrétiques et autres maladies du rein			1,11	0,95	1,22	0,98	1,19 ^a	
Maladies de la peau	0,96	0,85	0,89	1,12	1,09	0,95		1,14 ^b
Allergies		0,53 ^a			0,79 ^a		1,03	0,77

Source : Dalstra JA et coll. 2005 [23]

^aOdds ratios significativement différents de 1, intervalle de confiance à 95 %

^bChiffres concernant la Catalogne

Grille de lecture : l'odds-ratio tend vers la valeur de la prévalence relative pour les personnes les moins éduquées par rapport aux personnes les plus éduquées

... des inégalités en matière d'incapacités

Les maladies ou les accidents sont susceptibles de fragiliser les personnes ou d'avoir des répercussions sur leurs fonctions et activités : dès lors, on s'attend à retrouver des inégalités sociales en matière de handicap et d'incapacité. En effet, les données du panel européen des ménages affichent des inégalités sociales en matière de « limitations d'activité » dans les années 1990, qu'on les mesure par des différences de prévalences selon le niveau d'instruction aux âges actifs [25] ou par des risques relatifs (odds ratios) selon le revenu ou le niveau d'instruction aux âges élevés (60-80 ans) [20]. Les estimations d'espérances de vie sans incapacité indiquent que les plus favorisés ont non seulement des chances de survie plus importantes, mais ils peuvent aussi espérer vivre plus longtemps sans incapacité au sein de cette vie plus longue, pour les hommes et femmes et quel que soit la manière de mesurer l'incapacité : c'est entre autre le cas en France pour les hommes ouvriers comparés aux hommes cadres en 1980 et en 1991 [26]. Ainsi, les moins favorisés cumulent de plus forts risques de mortalité et d'incapacité à tous les âges.

Facteurs, déterminants et causes des inégalités sociales de santé en Europe

Les facteurs de risques ou déterminants de la mauvaise santé qui contribuent aux inégalités sociales face à la santé ou à la mort sont multiples. Certains sont liés aux conditions de vie matérielles des personnes (logement, alimentation, accès aux biens de consommations...), y compris celles vécues durant l'enfance. D'autres sont liés à un environnement « physique » ou social délétère, que ce soit au domicile ou sur le lieu de travail : expositions à des produits toxiques, nuisances sonores, conditions de travail physiquement pénibles, horaires de travail décalés, sentiment d'insécurité, manque d'autonomie, de reconnaissance ou de soutien... [27]. Les études montrent que de nombreux facteurs liés à la mauvaise santé sont plus présents dans les groupes de populations les moins instruits, parmi les revenus les plus faibles ou dans les professions manuelles non qualifiées. Les analyses sur ces facteurs à l'échelle européenne sont rares et difficiles à conduire. Les études européennes contribuent plutôt à éclairer les différences liées aux conditions de vie à travers le rôle du revenu, sur des facteurs

liés à des comportements individuels « à risque » (tabac, alcool, nutrition), ou sur des facteurs liés aux différences d'accès et de recours aux soins.

Concernant les comportements individuels, on trouve généralement des conclusions similaires dans les différents pays européens indiquant des différences sociales en matière de consommation d'alcool et de tabac, d'indicateurs de poids et de taille et d'alimentation (consommation de légumes frais). Pour autant, les liens entre ces facteurs et le statut social sont inégalement marqués et de ce fait ces facteurs contribuent différemment aux écarts de mortalité ou de santé selon le pays ou la région [3]. La consommation de légumes frais, liée à des effets protecteurs en matière de santé, est moins socialement différenciée dans les pays du sud de l'Europe qu'au nord. La consommation excessive d'alcool, liée aux maladies cérébrovasculaires, maladies du système digestif ou encore aux accidents, apparaîtrait déterminante dans les inégalités sociales de mortalité en France, en Finlande et en Irlande mais ne contribuerait que faiblement aux inégalités de mortalité au Danemark, aux Pays-Bas et en Espagne [3]. Quant à la consommation de tabac, elle apparaît plus importante pour les hommes et les femmes à niveau d'instruction bas dans les pays du nord, alors que dans les pays du sud, il y a peu de différence, voire même une différence en défaveur des plus instruites pour les femmes par exemple en Espagne. Ces différences géographiques expliqueraient le gradient nord-sud des disparités de mortalité par maladies cardiovasculaires et plus spécifiquement par cardiopathies ischémiques [6,28]. La consommation de tabac connaît des évolutions différentes au cours des années 1990 dans les groupes sociaux en Europe, selon le pays et selon le sexe [29]. Dans plusieurs pays, la diminution est plus importante parmi les moins instruits (hommes et femmes britanniques et hommes italiens) alors que pour d'autres, la diminution s'avère plus forte pour les plus instruits (pour les femmes dans les pays nordiques, en Espagne et en Italie).

Par ailleurs, une étude internationale sur les maladies cardiovasculaires comprenant des mesures de facteurs de risques de ces maladies (tension artérielle, cholestérol, indices de masse corporelle...) montrent de larges différences selon le niveau d'instruction pour plusieurs facteurs dans la plupart des pays où ces études ont pu être réalisées, comme par exemple la République Tchèque [30].

Concernant le rôle des soins dans les inégalités de santé, il existe des différences sociales dans la manière de repérer et de traiter les troubles et maladies, ou encore dans les chances d'en limiter les conséquences en terme d'incapacité ou de mortalité. Ainsi, par exemple, l'avantage des plus favorisés en matière de mortalité par maladies coronariennes ne provient pas seulement d'une moindre exposition à l'ensemble des facteurs de risques mais aussi d'un traitement plus systématique et plus efficace de cette pathologie, limitant leur risque létal chez les plus favorisés [31]. Les travaux du groupe européen *Ecuity* soulignent le rôle des

politiques sanitaires et du recours aux soins dans les inégalités d'état de santé perçue, liées au revenu, et les différences en la matière entre pays [32]. Et on constate par exemple que la mise en place de la CMU en France, dispositif visant à réduire les barrières financières à l'accès aux soins, a effectivement permis un rattrapage des consommations de soins parmi les personnes qui sont devenues bénéficiaires [33]. Cependant les déterminants du recours, de l'offre et de l'accès aux soins ou encore des prescriptions et de leur efficacité sont complexes et liés aux situations sociales et les pays qui proposent un accès universel aux systèmes de santé ne parviennent pas à éliminer totalement les différences sociales de soins [34].

Conclusion

Ces travaux européens mettent en évidence des inégalités sociales face aux maladies, aux incapacités et à la mort dans l'ensemble des pays d'Europe. Ces inégalités ne sont pas de même ampleur partout, sans que l'on puisse facilement dissocier la part des problèmes de mesure de celle des différences nationales. On retrouve cependant dans la plupart des pays les mêmes causes de décès ou les mêmes facteurs responsables de ces inégalités, parfois plus prégnants dans certaines régions expliquant un gradient géographique des différentiels. Ces comparaisons internationales offrent ainsi des éléments de cadrage pour les recherches épidémiologiques menées à l'échelle nationale ou auprès de populations particulières. Ces travaux contribuent également à la reconnaissance des inégalités sociales comme problème de santé publique à l'échelle nationale ainsi qu'un niveau européen [35]. Enfin, même s'ils sont à visée le plus souvent descriptive qu'explicative, ils permettent de démêler les effets d'âge et de période et participent à l'accumulation des connaissances sur les facteurs explicatifs pouvant conduire dans les années à venir à une modification des politiques sanitaires et sociale visant à réduire ces inégalités.

Références

[1] Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. *Insee Première*. 2005; 1025:1-4.

[2] Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health*. *Lancet*. 1997; 349(9066): 1655-9.

[3] Kunst AE, Groenhouf F, Mackenbach JP. and EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health, "Inégalités sociales de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens", in Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les Inégalités sociales de Santé*, Paris : La Découverte/Inserm, 2000:53-68.

[4] Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffetta P. Socio-economic differences in cancer incidence and mortality. *International Agency Research on Cancer Scientific Publications* 1997; 138:65-176.

[5] Mackenbach JP, Cavelaars AE, Kunst AE, Groenhouf F. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality; an international study. *Eur Heart J*. 2000; 21(14):1141-51.

[6] Kunst AE, Groenhouf F, Andersen O, Borgan JK, Costa G, Desplanques G, Filakti H, Giraldes Mdo R, Faggiano F, Harding S, Junker C, Martikainen P, Minder C, Nolan B, Pagnanelli F, Regidor E, Vagero D, Valkonen T, Mackenbach JP.

Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries. *Am J Public Health*. 1999; 89(1):47-53.

[7] Meslé F. Progrès récents de l'espérance de vie en France : les hommes comblent une partie de leur retard. *Population* 2006; 4.

[8] Remontet L, Esteve J, Bouvier A-M, Grosclaude P, Launoy G, Menegoz F, Exbrayat C, Tretare B, Carli PM, Guizard AV, Troussard X, Berceilli P, Colonna M, Halna J-M, Hedelin G, Mace-Lesece J, Peng J, Buemi A, Velten M, Jouglu E, Arveux P, Le Bodic L, Michel E, Sauvage M, Schwartz C, Faivre J. Incidence et mortalité par cancer en France pour la période 1978-2000 *RESP* 2003; 51(1):3-30.

[9] Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemstrom O, Valkonen T, Kunst AE. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol*. 2003; 32(5):830-7.

[10] Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Gadeyne S, Glickman M, Marinacci C, Minder C, Regidor E, Valkonen T, Mackenbach JP. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*. 2005; 365(9458):493-500.

[11] Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Desplanques G, Donkin A, Gadeyne S, Minder C, Regidor E, Spadea T, Valkonen T, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58(6):468-75.

[12] Jouglu E, Rican S, Pequignot F, Le Toulllec A. La mortalité en Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T (éd). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte/Inserm, 2000.

[13] Avendano M, Kunst AE, Huisman M, Lenthe FV, Bopp M, Regidor E, Glickman M, Costa G, Spadea T, Deboosere P, Borrell C, Valkonen T, Gisser R, Borgan JK, Gadeyne S, Mackenbach JP. Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 western European populations during the 1990s. *Heart*. 2005; 92(4):461-7.

[14] Avendano M, Kunst AE, Huisman M, van Lenthe F, Bopp M, Borrell C, Valkonen T, Regidor E, Costa G, Donkin A, Borgan JK, Deboosere P, Gadeyne S, Spadea T, Andersen O, Mackenbach JP. Educational level and stroke mortality: a comparison of 10 European populations during the 1990s. *Stroke*. 2004; 35(2):432-7.

[15] Avendano M, Kunst AE, van Lenthe F, Bos V, Costa G, Valkonen T, Cardano M, Harding S, Borgan JK, Glickman M, Reid A, Mackenbach JP. Trends in socioeconomic disparities in stroke mortality in six European countries between 1981-1985 and 1991-1995. *Am J Epidemiol*. 2005; 161(1):52-61.

[16] Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, Luce D for the EDISC group (2006): Social inequalities in breast cancer mortality among French women: disappearing educational disparities from 1968 to 1996. *British Journal of Cancer*, 94, 152-5.

[17] Borrell C, Plasencia A, Huisman M, Costa G, Kunst A, Andersen O, Bopp M, Borgan JK, Deboosere P, Glickman M, Gadeyne S, Minder C, Regidor E, Spadea T, Valkonen T, Mackenbach JP. Education level inequalities and transportation injury mortality in the middle aged and elderly in European settings. *Inj Prev*. 2005; 11(3):138-42.

[18] Lorant V, Kunst AE, Huisman M, Costa G, Mackenbach J; EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *Br J Psychiatry*. 2005; 187:49-54.

[19] Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra JA, Geurts JJ, Helmert U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Strongegger WJ, Mackenbach JP. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol*. 2005; 34(2):295-305.

[20] Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Soc Sci Med*. 2003; 57(5):861-73.

[21] Mackenbach JP, Martikainen P, Looman CWN, Dalstra JA, Kunst AE, Lahelma E, members of the SEDHa working group. The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. *Int J Epidemiol*. 2005; 34(2):286-93.

[22] Dalstra JA, Kunst AE, Mackenbach JP, EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Soc Sci Med*. 2006; 62(8):2046-60.

[23] Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, Geurts JJ, Lahelma E, Van Oyen H, Rasmussen NK, Regidor E, Spadea T, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol*. 2005; 34(2):316-26.

[24] Herbert C, Launoy G. Les cancers. In Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les Inégalités sociales de Santé*, Paris: La Découverte/Inserm, 2000: 239-66.

[25] Cambois E. Disability and social participation in Europe. Luxembourg: Official Publication of the European communities, Eurostat Collection Key Indicators 2001, pp 81.

[26] Cambois E, Robine JM, Hayward MD. Social inequalities in disability-free life expectancy in the French male population, 1980-1991. *Demography* 2001; 38(4):513-24.

[27] Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé* 2002; 20(4):75-128.

[28] Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Rasmussen NK, Regidor E, do Rosario-Giraldes M, Spuhler T, Mackenbach JP. Educational differences in smoking: international comparison. *British Medical Journal* 2000; 320(7242): 1102-7.

[29] Giskes K, Kunst AE, Benach J, Borrell C, Costa G, Dahl E, Dalstra JA, Federico B, Helmert U, Judge K, Lahelma E, Moussa K, Ostergren PO, Platt S, Prattala R, Rasmussen NK, Mackenbach JP. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59(5):395-401.

[30] Bobak M, Hertzman C, Skodova Z, Marmot M. Socio-economic status and cardiovascular risk factors in Czech Republic. *Int J Epidemiol*. 1999; 28:46-52.

[31] Lang T, Ducimetiere P, Arveiler D, Amouyel P, Ferrieres J, Ruidavets JB, Montaye M, Haas B, Bingham A. Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Result from the French WHO-MONICA project in men aged 30-64. *Journal of Epidemiology Community Health*, 1997; 52(10):665-71.

[32] Van Doorslaer E, Koolman X. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics* 2004; 13(7):629-47.

[33] Raynaud D. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. *Études et Résultats*, 2003; 229.

[34] Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard PY, Grignon M, Jusot F, Lavis J, Naudin F, Polton D. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'économie de la santé, Irdes, "Synthèse"* 2005; 92:1-6.

[35] Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard PY, Grignon M, Jusot F, Lavis J, Naudin F, Polton D. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. *Questions d'économie de la santé, Irdes, "Synthèse"* 2005; 93:1-8.

[36] Surault P. L'inégalité devant la mort : analyse socio-économique de ses déterminants. Paris : Economica 1979, pp140.

[37] Aiach P, Carr-Hill R, Curtis S, Illsley R. Les inégalités sociales de santé en France et en Grande Bretagne. Paris : Inserm La Documentation Française, 1987, 205p.

[38] Feinstein JS. The relationship between socio-economic status and health: a review of the literature. *The Milbank Quarterly* 1993; 71(2):279-322.

[39] Barnay T, Jusot F, Rochereau T, Sermet C. Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes ? in Méthodes d'enquêtes et sondages : Pratiques européenne et nord-américaine, Lavallée P et Rivest LP (dir) Dunod, collection cours et cas pratiques, 2006:107-10.