

Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008

Alexis Montaut (alexis.montaut@sante.gouv.fr), Sandrine Danet

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'enquête Handicap-Santé en Ménages, réalisée en 2008, permet d'analyser les inégalités sociales de santé au travers de divers indicateurs déclaratifs : santé perçue, limitations fonctionnelles, déterminants de santé, recours aux dépistages.

Méthode – L'enquête s'appuie sur un échantillon de 23 700 personnes représentatif de la population âgée de 18 ans ou plus et vivant à domicile. Un modèle logistique permet de comparer les risques de santé selon la catégorie sociale (CS) pour chacun des indicateurs de santé étudié.

Résultats – À âge égal, les ouvriers et ouvrières ont respectivement 3 et 4 fois plus de risques de juger leur état de santé altéré que les cadres. Après 60 ans, les ouvriers déclarent aussi deux fois plus souvent des incapacités et deux fois plus de difficultés pour rester autonomes dans les activités du quotidien que les cadres.

Discussion – Quel que soit l'indicateur étudié, un gradient social oppose les cadres et professions intermédiaires aux employés et ouvriers. Ce gradient est toutefois moins prononcé chez les femmes en termes de recours aux dépistages, probablement parce qu'elles sont plus proches du système de soins. Ces inégalités de santé s'expliquent en partie par des conditions de travail différentes : la CS reflète une position sociale mais aussi un environnement, des modes de vie et des comportements liés à la santé.

Health and social inequalities in France. Exploitation of the 2008 Disability and Health Survey in Households

Aim – The Disability and Health Survey in Households, conducted in 2008, provides several declarative health indicators (self-perceived health, functional limitations, health determinants and prevention), leading to social health inequalities

Methods – Based on a 23,700 representative sample of French population over 18 years old living in households, the survey is used to provide comparisons between social groups (SG) for each indicator, using logistic regression models.

Results – Men and women of lower-status occupations have respectively 3 and 4 times more chance of not stating a good self-perceived health, compared to men and women in high socioeconomic positions and of the same age. After 60, workers of lower-status occupations state twice more frequently disabilities and twice more frequently difficulties to remain autonomous in daily activities than higher status workers.

Discussion – Whatever the indicator used, a social gradient is observed in the relationship between socioeconomic status and health. This gradient has a lower magnitude when considering screenings for women, maybe because they are closer to the health system than men. The differences between working conditions partly explain these social inequalities but social levels also reflect different ways of life, risky behaviours and health practices.

Mots clés / Key words

Inégalités sociales de santé, santé perçue, limitations fonctionnelles, incapacités, déterminants de santé / Social inequalities, perceived health, functional limitations, disabilities, health determinants

Introduction

L'enquête Handicap-Santé en Ménages a été réalisée en 2008 auprès d'un échantillon représentatif de la population résidant en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (Dom). Elle succède aux enquêtes Décennale Santé 2003 et Handicaps-Incapacités-Dépendance 1999-2001. Les thèmes de la santé et du handicap y sont associés pour la première fois. L'objectif de cette étude est d'analyser, sur un échantillon représentatif de la population vivant à domicile, les inégalités sociales de santé au travers de données relatives à la santé des personnes recueillies dans cette enquête : la santé perçue, les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité, les déterminants de santé (obésité, tabagisme) et le recours aux dépistages.

Matériel et méthodes

Population d'étude

L'enquête Handicap-Santé a été réalisée auprès de 28 500 personnes de tous âges résidant en France métropolitaine et dans les Dom. Afin d'assurer la robustesse des analyses sur les problématiques liées

au handicap, les personnes en situation de handicap ont été surreprésentées dans l'échantillon grâce à une enquête-filtre préalable qui a permis de les repérer [1]. Le champ de l'étude concerne les adultes âgés de 18 ans et plus, soit 23 700 personnes dont 48% d'hommes et 52% de femmes. Par ailleurs, l'échantillon comporte 9 400 individus âgés de 60 ans ou plus. L'entretien a été réalisé en face-à-face par des enquêteurs de l'Insee, au domicile des personnes interrogées. Si l'état de santé d'une personne ne lui permettait pas de répondre à l'enquête par elle-même, un tiers pouvait répondre à sa place. Le taux de réponse à l'enquête est de 77%, et un tiers a répondu à la place de l'enquêté lors de 5% des entretiens. Les données de l'enquête ont été redressées sur le sexe, l'âge et les huit grandes zones géographiques d'études et d'aménagement du territoire (Zeal).

Indicateurs de santé analysés

Les indicateurs de santé recueillis dans l'enquête sont de nature déclarative. Ces indicateurs sont considérés au sens large. Dans cette étude l'analyse porte sur :

- la santé perçue. Il s'agit de la première question du mini-module européen : « Comment est votre état de santé en général ? », avec cinq modalités de réponse possibles « Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ». On parle de santé « altérée » lorsque l'enquêté juge son état de santé « assez bon, mauvais ou très mauvais » ;
- les limitations fonctionnelles, physiques, cognitives ou sensorielles, leur retentissement dans la vie quotidienne (restrictions pour les soins personnels) (tableau 1) et leur compensation (utiliser une aide technique efficace, c'est-à-dire qui diminue le niveau de difficultés, pour marcher 500 mètres sur terrain plat). Avant 60 ans, les limitations fonctionnelles sont peu fréquentes et engendrent rarement des restrictions dans les activités du quotidien, c'est pourquoi l'analyse est centrée sur les 60 ans et plus ;
- l'obésité, définie par un indice de masse corporelle (IMC = poids/taille², exprimé en kg/m²) supérieur à 30, à partir des données de taille et de poids déclarés ;
- le tabagisme quotidien ; il est défini par le fait de déclarer fumer du tabac (cigarettes manufacturées ou roulées, cigare, pipe, autres) tous les

Tableau 1 Limitation fonctionnelle et difficultés pour les soins personnels – Définition. Enquête Handicap-Santé 2008, France / *Table 1* Functional limitations and difficulties in terms of personal care – Definition. 2008 Disability and Health Survey, France

« Avoir beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser les actions suivantes (sans aide technique, sauf mention expresse du contraire) :	Fonction altérée
Marcher 500 mètres sur un terrain plat Monter ou descendre un étage d'escaliers Se baisser ou s'agenouiller Porter un sac à provisions de 5 kg sur 10 mètres Lever le bras pour attraper un objet en hauteur Prendre un objet dans chaque main Utiliser ses doigts pour manipuler un robinet, des ciseaux...	Physique
Apprendre de nouveaux savoirs Résoudre des problèmes de la vie quotidienne Se concentrer plus de 10 minutes Comprendre ou se faire comprendre des autres Savoir à quel moment de la journée on est Se mettre en danger par son comportement	Cognitive
Voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal (avec éventuelle correction) Voir le visage de quelqu'un à 4 mètres, de l'autre côté de la rue (avec éventuelle correction) Entendre dans une conversation avec plusieurs personnes (avec éventuel appareillage)	Sensorielle
Difficultés pour les soins personnels : Avoir « quelques difficultés », « beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser seul une des activités de soins personnels suivantes	
Se coucher et se lever du lit Se laver (bain ou douche) S'habiller et se déshabiller Couper sa nourriture et se servir à boire Manger et boire une fois la nourriture prête S'asseoir et se lever d'un siège Se servir des toilettes	

jours et est recueilli par questionnaire papier auto-administré : l'échantillon des répondants à cet auto-questionnaire compte 14 400 individus, les données étant alors redressées sur le sexe, l'âge, la Zeat ainsi que les variables de santé de l'enquête principale ; – le recours au dépistage du cancer colorectal (avoir eu un dépistage de moins de deux ans pour les hommes et femmes de 50 à 74 ans) et, pour les femmes, du cancer du sein (mammographie de moins de deux ans pour les femmes de 50 à 74 ans) et de l'utérus (frottis cervico-utérin de moins de trois ans pour les femmes âgées de 25 à 65 ans). Pour l'analyse des disparités sociales, c'est la catégorie sociale (CS) de la personne enquêtée qui est utilisée : la CS actuelle pour les personnes d'âges actifs, et la dernière CS pour les personnes à la retraite. La CS est déclinée en sept classes : agriculteur(trice), artisan(e)-commerçant(e), cadre, profession intermédiaire, ouvrier(ère), employé(e) et la catégorie « autres », qui regroupe les personnes inactives au moment de l'enquête ou n'ayant jamais travaillé (personnes au foyer, étudiants).

Analyses statistiques

Pour chacun des indicateurs de santé étudiés, des modèles de régressions logistiques ont été utilisés pour estimer les risques de santé d'une catégorie sociale par rapport aux cadres qui sont pris comme référence. L'âge et le sexe ont systématiquement été pris en compte, soit par ajustement dans la régression logistique, soit par stratification, en présentant deux modèles séparés pour les hommes et les femmes. Les risques relatifs, calculés à partir des coefficients de la régression logistique, sont présentés accompagnés de leur intervalle de confiance à 95%. Les analyses sont effectuées à l'aide la Proc Logistic de SAS® V9.

Résultats

Les réponses relatives à la santé perçue font apparaître un gradient social de santé décroissant, qui s'échelonne des cadres et professions intermédiaires aux employés, ouvriers et autres. Ce gradient est observé pour les hommes comme pour les femmes, en corrigeant des différences de structure par âge des catégories sociales. Ainsi, à âge égal, une ouvrière a 4,2 fois plus de risque de juger son état de santé altéré qu'une femme cadre (tableau 2).

En termes de limitations fonctionnelles, la hiérarchie des CS est pratiquement inchangée. Après

60 ans, un ouvrier a 2,1 fois plus de risques de déclarer une limitation fonctionnelle qu'un cadre (tableau 3). La situation des professions intermédiaires n'est cette fois pas significativement différente de celle des cadres. Enfin, en présence d'une limitation fonctionnelle et à sexe et âge comparables, un ouvrier a 2 fois plus de risques qu'un cadre de déclarer des difficultés pour les soins personnels (faire sa toilette, manger, se lever du lit) (tableau 1).

Si l'on se concentre sur les « difficultés pour marcher 500 mètres sur terrain plat » après 60 ans, les ouvriers ont 2,5 fois plus de risque que les cadres de déclarer ce type de difficultés. La probabilité de déclarer une aide technique efficace est moindre dans toutes les catégories sociales comparativement aux cadres (-20% pour les ouvriers et employés) mais ces écarts ne sont pas significatifs (tableau 4). En ce qui concerne les déterminants de santé, les ouvriers et ouvrières fument nettement plus souvent que les cadres (respectivement 2 et 1,8 fois plus) et la prévalence de l'obésité est deux à trois fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres. Ce sont les agriculteurs qui déclarent le moins fumer quotidiennement du tabac ; en revanche, à âge égal, ils déclarent plus souvent que les autres être obèses (hors CS « Autres » chez les femmes) (tableau 5). Les cadres et professions intermédiaires déclarent plus fréquemment avoir recours aux dépistages : pour les hommes âgés de 50 et 74 ans, les autres CS ont une probabilité de ne pas avoir bénéficié, comme recommandé, d'un dépistage du cancer colorectal dans les deux ans précédents l'enquête supérieure de 10% à celle des cadres et professions intermédiaires. Chez les femmes, les ouvrières et agricultrices âgées de 25 à 65 ans ont une probabilité de ne pas avoir effectué un frottis dans les trois années précédant l'enquête 2 fois plus importante que celle des cadres et professions intermédiaires. Ces écarts sont un peu plus faibles pour la réalisation d'une mammographie de moins de deux ans.

Tableau 2 Prévalence et risques de déclarer sa santé altérée par catégorie sociale et par sexe chez les personnes de 18 ans et plus. Enquête Handicap-Santé 2008, France / *Table 2* Prevalence and risks of reporting impaired health by social group and sex in people aged 18 and over. 2008 Disability and Health Survey, France

Catégorie sociale	Hommes			Femmes		
	Répartition %	Santé altérée %	RR* [IC 95%]	Répartition %	Santé altérée %	RR* [IC 95%]
Cadre	17	17	1,0 [ref]	8	16	1,0 [ref]
Profession intermédiaire	19	24	1,7 [1,5-2,0]	18	22	1,7 [1,4-2,0]
Artisan(e), commerçant(e)	8	31	1,9 [1,6-2,3]	4	46	2,6 [2,0-3,3]
Employé(e)	11	26	2,3 [1,9-2,8]	38	33	2,6 [2,2-3,1]
Agriculteur(trice)	4	45	2,7 [2,2-3,4]	3	55	2,8 [2,1-3,6]
Ouvrier(ère)	32	34	3,3 [2,8-3,7]	9	51	4,2 [3,5-5,1]
Autre	9	22	5,4 [4,4-6,6]	20	34	4,4 [3,6-5,2]

Lecture : Parmi les agriculteurs ou anciens agriculteurs, qui représentent 4% de la population des 18 ans ou plus, 45% des hommes jugent leur santé altérée. Par rapport à un homme cadre de même âge, un agriculteur a 2,7 fois plus de risques de juger sa santé altérée.

* Risques relatifs ajustés sur l'âge.
En gras : significatif à 5%.

Tableau 3 Risques de déclarer des limitations fonctionnelles et des difficultés pour les soins personnels par catégorie sociale chez les personnes de 18 ans et plus. Enquête Handicap-Santé 2008, France / Table 3 Risks of reporting functional limitations and hardship for care by social group in people aged 18 and over. 2008 Disability and Health Survey, France

Catégorie sociale	18-59 ans		60 ans et plus		
	Au moins une limitation fonctionnelle		Au moins une limitation fonctionnelle		Avec difficultés pour les soins personnels
	Prévalence %	RR* [IC 95%]	Prévalence %	RR* [IC 95%]	RR* [IC 95%]
Cadre	4	1 [ref]	24	1 [ref]	1 [ref]
Profession intermédiaire	8	2,1 [1,6-2,6]	27	1,1 [0,9-1,3]	1,2 [0,7-2,0]
Artisan(e), commerçant(e)	9	2,1 [1,5-2,8]	39	1,5 [1,2-1,8]	1,9 [1,2-2,9]
Employé(e)	14	3,8 [3,0-4,7]	44	1,7 [1,4-2,0]	1,8 [1,2-2,6]
Agriculteur(trice)	15	3,5 [2,4-4,9]	50	1,9 [1,5-2,2]	2,2 [1,4-3,3]
Ouvrier(ère)	16	4,7 [3,8-5,8]	47	2,1 [1,9-2,5]	2,0 [1,4-3,0]
Autre	19	7,8 [6,3-9,6]	59	2,2 [1,9-2,7]	2,6 [1,7-3,8]

Lecture : après 60 ans, et à sexe et âge comparables, les ouvriers ont 2,1 fois plus de risques de déclarer au moins une limitation fonctionnelle que les cadres. Parmi les personnes de plus de 60 ans qui déclarent des limitations fonctionnelles, les ouvriers ont 2,0 fois plus de risques de déclarer des difficultés pour les soins personnels que les cadres.

* Risques relatifs ajustés sur le sexe et l'âge.

En gras : significatif à 5%.

Tableau 4 Compensation des limitations fonctionnelles par catégorie sociale chez les personnes de 60 ans et plus. Enquête Handicap-Santé 2008, France / Table 4 Compensation of functional limitation by social group in people aged 60 and over, by social class among people aged 60 and over. 2008 Disability and Health Survey, France

Catégorie sociale	Marcher 500 mètres sur terrain plat	
	Difficultés importantes (RR* et IC 95%)	Si difficultés, utilise une aide technique jugée efficace (RR* et IC 95%)
Cadre	1,0 [ref]	1,0 [ref]
Profession intermédiaire	1,2 [0,8-1,7]	0,8 [0,5-1,1]
Artisan(e), commerçant(e)	1,9 [1,3-2,7]	0,9 [0,5-1,2]
Employé(e)	2,0 [1,4-2,8]	0,8 [0,5-1,1]
Agriculteur(trice)	2,5 [1,7-3,6]	0,8 [0,5-1,1]
Ouvrier(ère)	2,5 [1,8-3,5]	0,8 [0,5-1,1]
Autre	3,4 [2,4-4,9]	0,8 [0,5-1,1]

Lecture : les ouvriers ont 2,5 fois plus de risques que les cadres de déclarer des difficultés importantes pour marcher 500 mètres sur terrain plat. En présence de difficultés, les ouvriers ont une probabilité de déclarer utiliser une aide technique à la marche (prothèse, béquilles, cannes, déambulateur, ...) qui soit efficace inférieure de 20% (risque relatif multiplié par 0,8) par rapport à celle des cadres (résultat non significatif).

* Risques relatifs ajustés sur le sexe et l'âge.

En gras : significatif à 5%.

Tableau 5 Obésité, tabagisme quotidien et dépistages par catégorie sociale et par sexe. Enquête Handicap-Santé 2008, France / Table 5 Obesity, daily smoking and screening by social group and gender. 2008 Disability and Health Survey, France

	Hommes			Femmes				
	Obésité RR* [IC 95%]	Fumeur quotidien RR [IC 95%]	Pas de dépistage du cancer colorectal depuis 2 ans (50-74 ans) RR [IC 95%]	Obésité RR [IC 95%]	Fumeur quotidien RR [IC 95%]	Dépistage du cancer colorectal de moins de 2 ans (50-74 ans) RR [IC 95%]	Pas de mammographie depuis 2 ans (50-74 ans) RR [IC 95%]	Pas de frottis depuis 3 ans (25-65 ans) RR [IC 95%]
Cadre	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]
Profession intermédiaire	1,2 [1,0-1,5]	1,1 [1,0-1,3]	1,0 [1,0-1,1]	1,3 [1,0-1,8]	1,0 [0,8-1,2]	1,1 [0,8-1,4]	1,1 [0,8-1,4]	1,0 [0,8-1,3]
Artisan(e), commerçant(e)	1,8 [1,4-2,3]	1,2 [1,0-1,5]	1,1 [1,0-1,1]	2,1 [1,5-3,0]	1,5 [1,1-1,9]	1,2 [0,9-1,7]	1,3 [0,9-1,8]	0,9 [0,6-1,3]
Employé(e)	1,7 [1,4-2,2]	1,3 [1,1-1,5]	1,1 [1,0-1,2]	2,2 [1,7-2,8]	1,3 [1,1-1,5]	1,1 [0,8-1,3]	1,6 [1,3-2,0]	1,5 [1,3-1,9]
Agriculteur(trice)	2,2 [1,6-2,9]	0,8 [0,5-1,1]	1,1 [1,0-1,2]	2,9 [2,0-4,0]	0,5 [0,2-0,9]	0,8 [0,5-1,2]	1,8 [1,2-2,4]	2,2 [1,5-3,0]
Ouvrier(ère)	2,1 [1,7-2,5]	1,6 [1,4-1,8]	1,1 [1,0-1,1]	2,8 [2,1-3,6]	1,5 [1,2-1,8]	1,1 [0,8-1,4]	1,6 [1,2-2,1]	2,1 [1,7-2,6]
Autre	1,6 [1,2-2,2]	1,1 [0,9-1,3]	1,1 [1,0-1,2]	3,2 [2,5-4,1]	1,2 [1,0-1,4]	0,9 [0,6-1,2]	2,1 [1,6-2,7]	2,6 [2,2-3,1]

Lecture : à âge égal, les hommes ouvriers ont 2,1 fois plus de risques que les cadres de déclarer un IMC supérieur à 30 (obésité). Les ouvrières ont, pour leur part, 2,8 fois plus de risques de déclarer être obèses que les femmes cadres.

* Risques relatifs ajustés sur l'âge.

En gras : significatif à 5%.

Discussion

Malgré l'amélioration des conditions de vie, les progrès de la médecine et l'assurance-maladie obligatoire, des disparités sociales subsistent en matière de santé. Notre travail, qui s'appuie sur un large échantillon représentatif de la population française vivant à domicile, est illustratif à cet égard. Dans la littérature, tous les indicateurs, que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée font apparaître un gradient selon la catégorie sociale ou le niveau d'études [2;3]. De façon générale, ceux qui sont les plus favorisés (les plus instruits, ayant de meilleures conditions de travail ou des revenus plus élevés) déclarent moins de problèmes de santé – ou des problèmes moins graves – que les autres. Les inégalités sociales de santé apparaissent dès l'enfance [4]. Elles se creusent tout au long du cycle de vie et se concrétisent dans les écarts de mortalité selon les milieux sociaux. Ces écarts sont particulièrement visibles chez les hommes. À 35 ans, un cadre peut espérer vivre sept ans de plus qu'un ouvrier et plus d'années en bonne santé [5].

Un gradient de santé qui s'échelonne des cadres aux ouvriers

La santé perçue est considérée comme une bonne mesure de l'état de santé parce qu'elle est corrélée à des indicateurs de morbidité, de consommation de soins et de mortalité objectivables. Une partie des écarts de santé perçue entre groupes sociaux trouve son origine dans des différences de conditions de travail que la CS reflète bien (travail physiquement pénible, de nuit, exposition à des produits toxiques). La santé perçue dépend aussi de la représentation de la bonne santé que se fait la personne, donc de ses exigences et connaissances en matière de santé. De façon générale, les plus instruits cumulent un état de santé effectivement meilleur et une vision plus optimiste de leur état de santé [6;7].

L'activité professionnelle peut avoir un effet sur la santé, mais à l'inverse, les personnes qui sont en mauvaise santé ont aussi plus de difficultés sur le marché du travail. Ainsi, la CS « Autres » est constituée de personnes inactives au moment de l'enquête (dont les étudiants) ou n'ayant jamais travaillé : elle représente 9,4% des hommes et 19,6% des femmes (tableau 2). L'inactivité, pour les hommes, est souvent associée à des problèmes de santé (invalide du travail, inactivité pour handicap, etc.) [8]. C'est pourquoi le risque de déclarer sa santé altérée est 5,4 fois plus fort dans cette catégorie que chez les cadres (tableau 2). Pour les femmes, ce résultat reste vrai en partie, même si la décision de ne pas travailler résulte aussi de logiques différentes (rester au foyer pour s'occuper des enfants...).

Les cadres déclarent moins d'incapacités et semblent arriver à mieux les compenser

Outre les conséquences en termes de mortalité et d'espérance de vie, les problèmes de santé peuvent aussi être sources de gêne dans les activités de tous les jours et conduire à des situations de handicap, voire de dépendance. Avant 60 ans, les limitations fonctionnelles sont peu fréquentes et s'accompagnent rarement de restrictions dans les activités du quotidien. Les inégalités sociales sont plus visibles après 60 ans : à ces âges, les limitations fonctionnelles sont fréquentes dans tous les milieux sociaux, et les cadres en déclarent moins que les ouvriers. Par ailleurs, les cadres, hommes et femmes, atteints de limitations fonctionnelles semblent arriver à mieux les compenser pour rester autonomes dans la vie de tous les jours : ils déclarent moins de difficultés pour les soins personnels (se laver, se lever du lit, manger et boire...) qui peuvent conduire à des situations de dépendance. Peut-être ont-ils plus de facilité à rester autonomes car ils utilisent des aides techniques ou des stratégies de compensation plus efficaces, ou bien un mobilier adapté dans leur logement [9].

Un rapport à la santé et des comportements à risques différents selon le niveau social

La catégorie sociale reflète des différences de conditions de travail mais aussi de niveau de vie et d'instruction, de modes de vie ou de comportements

à risques. Aucun de ces facteurs ne peut rendre compte à lui seul des inégalités de santé. C'est tout au long du cycle de vie que ces facteurs se cumulent ou se combinent pour expliquer les inégalités entre groupes sociaux.

Le choix de la CS comme variable de niveau social peut être discuté : le diplôme est parfois utilisé dans l'analyse des inégalités sociales de santé car il ne varie pas ou peu au cours de la vie, contrairement à la CS. Par rapport au diplôme, la CS possède l'avantage de refléter aussi des différences dans les conditions de travail (ouvrier vs employé par exemple) mais pour les femmes, elle ne reflète pas toujours bien le niveau d'éducation et le niveau de vie. Toutefois, dans l'enquête, les résultats sont très proches, que l'on prenne le diplôme, la CS ou le niveau de revenu. Enfin, intégrer les trois variables dans les modèles pose des problèmes de colinéarité qui affaibliraient la puissance des résultats, d'où le choix de n'en conserver qu'une.

Les dépistages opposent plutôt les cadres et professions intermédiaires aux autres CS, qui déclarent moins fréquemment y avoir recours. Le dépistage du cancer colorectal n'est généralisé que depuis 2008, d'où des taux encore globalement bas [3] et des écarts entre CS faibles, même s'ils sont significatifs chez les hommes. Pour les femmes, les inégalités sont visibles pour les dépistages du cancer du sein et de l'utérus, les cadres, professions intermédiaires et artisanes commerçantes s'opposant aux autres CS. Elles sont cependant moins prononcées qu'en termes de santé perçue : le fait que les femmes soient plus proches du système de soins, notamment en raison des suivis médicaux liés à la contraception, la grossesse et la ménopause, peut constituer une explication [7]. Si des disparités sociales dans la pratique des mammographies subsistent, elles tendent tout de même à s'amenuiser, à la faveur de campagnes de dépistage organisé [3]. Cette étude montre qu'il faut poursuivre les efforts pour réduire les disparités sociales dans ces pratiques.

L'obésité et le tabagisme sont des facteurs de risque importants pour de nombreuses pathologies cardiovasculaires ou de cancers. Les pratiques à risques sont plus fréquentes chez les plus défavorisés. Toutefois, être issu d'un milieu social défavorisé, avoir des parents en mauvaise santé ou

adoptant des comportements à risques sont autant de facteurs qui influencent les comportements à l'âge adulte. Ainsi, dès l'enfance, les fils et filles d'ouvriers sont plus souvent obèses que les fils et filles de cadres et si l'obésité a reculé entre 2000 et 2006 [4], ce recul s'est accompagné cette fois d'un creusement des inégalités sociales puisque la baisse a été moins marquée chez les moins favorisés (enfants scolarisés en Zone d'éducation prioritaire). Les comportements vis-à-vis de la santé résultent rarement de choix délibérés des individus mais dépendent largement du milieu social des personnes et du milieu d'origine. Les inégalités relèvent donc de la justice sociale, ce qui justifie la mise en œuvre de politiques publiques visant à les réduire, ainsi que cela a été souligné par l'OMS et plus récemment par un rapport du Haut Conseil de la santé publique sur les inégalités sociales de santé [2;10;11].

Références

- [1] Midy L. Limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair. *Insee Première* 2009;(1254).
- [2] Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique, décembre 2009.
- [3] L'état de santé de la population en France, rapport 2009. Paris : Drees, collection études et statistiques ; 2010.
- [4] Guignon N, Collet M, Gonzalez L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Études et Résultats* 2010;(737).
- [5] Cambois E, Laborde C, Robine JM. La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et Société* 2008;(441).
- [6] Devaux M, Jusot F, Sermet C, Tubeuf S. Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue Française des Affaires sociales* 2008;(1):29-47.
- [7] Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. *Études et Résultats* 2010;(717).
- [8] Leclerc A, Kaminski M, Lang T. Inégaux face à la santé. Du constat à l'action. Paris : La Découverte, 2008.
- [9] Cambois E, Robine JM. Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social. *Études et Résultats* 2004;(295).
- [10] Jusot F, Tubeuf S, Trannoy A. Effort or circumstances: does the correlation matter for inequality of opportunity in health? *Cahiers de la Chaire Santé* 2010;(8):2-36.
- [11] Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève : OMS, 2009 ; 246 p.