

# « Toute politique ou intervention de santé devrait être conçue de sorte à ne pas creuser les inégalités »

## Entretien avec

### Nadine Haschar-Noé,

sociologue, maître de conférences, chercheuse associée au laboratoire Centre de recherches sciences sociales, sport et corps – Cresco, EA 7419, université Toulouse 3, et au laboratoire des sciences sociales du politique – Lassp, Sciences Po Toulouse, EA 4175,

Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iféris), université de Toulouse,

### Thierry Lang,

épidémiologiste, professeur à l'université Toulouse 3 Paul-Sabatier, membre de l'équipe *Embodiment, social ineQualities, lifecoUrse epidemiology, cancer and chronic diseases, intervenTions, methodology (Equity)*, UMR 1027, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et université Toulouse 3 Paul-Sabatier, directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iféris).

## La Santé en action : Pourquoi publier un nouveau livre sur les inégalités sociales de santé ?

Nadine Haschar-Noé et Thierry Lang : Les inégalités sociale de santé (ISS), par leur nature, sont complexes, car elles sont le produit incorporé – c'est-à-dire inscrit dans nos corps par des mécanismes biologiques – d'un large ensemble de facteurs humains, sociaux, économiques et environnementaux qui interagissent. L'évaluation des interventions pour les réduire mobilise les méthodes de la santé publique, et aussi celles de l'évaluation des politiques publiques, dans une approche interdisciplinaire (épidémiologie sociale, sociologie, sciences

politiques, psychologie...). Il reste encore beaucoup à faire pour développer ce croisement des regards disciplinaires nécessaire à l'avancée des connaissances dans le domaine de la réduction des ISS, en sortant de l'idée qu'elles sont une affaire de spécialistes ou un élément à ajouter dans une liste d'objectifs parmi d'autres.

## S. A. : Quels sont les principaux déterminants des inégalités sociales de santé en France ?

N. H.-N. et T. L. : Il est difficile de résumer cette question en quelques mots, au-delà de quelques points forts. Les déterminants des inégalités sociales de santé sont multiples et relèvent de comportements individuels et collectifs, de l'environnement proche ou lointain, des systèmes politiques, de politiques publiques menées dans différents secteurs et, bien entendu, du fonctionnement et de l'organisation du système de santé. Dans cette logique, les comportements sont avant tout des comportements sociaux (et donc appris), et les environnements et conditions de vie peuvent plus ou moins en favoriser certains.

Les travaux de recherche des dernières années soulignent l'importance de la construction de la santé avant même la naissance, pendant la grossesse et les premières années de la vie. Les politiques périnatales et de l'enfance jouent donc un rôle déterminant sur les ISS.

Enfin, le système de santé – son accessibilité financière et géographique, son fonctionnement quotidien dans lequel les ISS restent impensées – apparaît un élément déterminant qui va jusqu'à amplifier les inégalités sociales et les inégalités territoriales

de santé. Le lien entre ISS et inégalités territoriales est évident, mais territoires et groupes sociaux jouent indépendamment les uns des autres, lorsque par exemple un niveau faible de dépistage de certains cancers est observé dans des quartiers qui disposent pourtant d'une accessibilité élevée aux structures sanitaires.

## S. A. : Comment analysez-vous les inégalités de santé criantes en France (ex. : durée de vie d'un ouvrier : 7 ans de moins que celle d'un cadre supérieur), malgré un système de santé reconnu et une espérance de vie élevée ?

N. H.-N. et T. L. : Le contraste entre la qualité reconnue de notre système de santé et le niveau élevé d'inégalités sociales de santé est lui aussi complexe et relève de plusieurs origines. La répartition sociale de certains comportements (nutritionnels, consommation de tabac ou d'alcool, sédentarité...) y contribue. Y participe aussi une histoire de l'exercice de la médecine fondée essentiellement sur l'importance accordée à la relation « singulière » médecin-malade au détriment d'approches collectives et pluriprofessionnelles de santé publique. L'importance donnée à l'accès théorique aux soins – avoir les moyens financiers et géographiques de consulter – plus qu'à la réalité de ces soins et des parcours des patients – quel est le recours aux soins et son utilisation effective ? – entraîne une méconnaissance des limites du système. S'y ajoute une focalisation sur l'accès au système de soins plutôt que sur la prévention (au sens large : facteurs de risque cardio-vasculaire, dépistages ; et aussi conditions de travail, environnement, urbanisme et aménagement

## L'ESSENTIEL

- ▶ **L'ensemble des acteurs de santé doivent s'approprier l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé (ISS), mais leur formation n'aborde qu'à la marge cette question.**
- ▶ **Toute politique ou intervention de santé devrait viser simultanément deux objectifs : l'amélioration globale de la santé pour l'ensemble de la population et la réduction ou – au grand minimum – l'absence de creusement des ISS.**
- ▶ **Les politiques de l'enfance doivent être classées prioritaires, car les ISS se construisent dans les premières années de vie et leurs conséquences ne seront qu'en partie réversibles.**
- ▶ **Les politiques publiques visant la modification des comportements devraient cibler à la fois l'individu, en prenant en compte ses caractéristiques sociales et ses conditions de vie, et aussi créer un environnement – économique, réglementaire, institutionnel ou social – favorable à la santé.**



© ADSP/Ewan Balant & Elise Bouton (exposition A la rencontre des femmes oubliées)

du territoire...). Enfin, selon un récent rapport de France Stratégie<sup>1</sup> effectué à partir d'analyses de l'échantillon démographique permanent (EDP), le rôle des études et du diplôme dans la persistance des inégalités sociales est majeur. Cela souligne l'importance de l'école et des premières années de vie dans la construction des ISS.

### S. A. : **Quels sont les principaux leviers pour réduire les ISS ?**

N. H.-N. et T. L. : Plusieurs pistes nous paraissent possibles.

Agir sur le système de soins pour augmenter son accessibilité financière et géographique apparaît comme une évidence ; sans oublier que l'absence de recours aux soins, si elle est aussi d'origine culturelle, est parfois liée à des expériences antérieures négatives avec ce système. L'accueil des patients par le système de soins est un élément déterminant de leur recours ultérieur, et plus particulièrement pour ceux qui en sont *a priori* les plus éloignés.

Par ailleurs, compte tenu de la complexité et de la multiplicité des mécanismes à l'origine des ISS, il est

nécessaire d'examiner chaque intervention, programme ou politique de santé avec cette question simple, même si la réponse, elle, peut-être plus ardue : cette intervention, ce programme ou cette politique affectent-ils le niveau des inégalités sociales et territoriales de santé ? Si oui, en les aggravant ou en les réduisant ? Cette démarche est adaptée à la complexité du phénomène auquel nous sommes confrontés et elle est susceptible de mobiliser un grand nombre d'acteurs.

Il convient également de favoriser la cohérence entre plusieurs niveaux d'intervention, de l'individu aux politiques publiques, de l'approche locale aux politiques nationales. Il s'agit aussi d'articuler différentes politiques sectorielles pouvant avoir un impact sur la santé (par exemple nutrition saine et politiques agricoles). À cet égard, il faudrait évaluer leur impact sur la santé et sur les inégalités sociales de santé, et notamment celles concernant l'urbanisme, le logement, les transports, l'agriculture ou encore l'éducation. Ce serait une piste précieuse pour intégrer une préoccupation de santé dans chacune d'elles.

### S. A. : **Quelles sont les principales composantes d'une évaluation pertinente des politiques publiques de santé ?**

N. H.-N. et T. L. : Dans nos échanges, il est apparu qu'une évaluation en santé publique devait prendre en compte la multiplicité des facteurs concourant aux ISS et à leur réalité. À cet égard, les critères et les indicateurs d'évaluation utilisés en recherche clinique et la « médecine fondée sur les preuves » ne peuvent résumer les méthodes pour juger le niveau de preuves pertinent en santé publique et ce, pour un grand nombre de raisons théoriques. Les méthodes dérivées de la recherche clinique peuvent s'appliquer aux interventions de santé publique menées sur des groupes limités pendant des temps limités, mais en ignorant la plupart du temps des variables de contexte (sociales, politiques, psychologiques, etc.). Or les actions de santé publique visant à réduire les ISS mettent en jeu la complexité des déterminants de santé, et ce sont des politiques publiques qui requièrent d'autres méthodologies d'évaluation que celles strictement expérimentales. Il nous a semblé

important de réfléchir et de faire dialoguer les apports de ces deux corpus de connaissances et de méthodologies qui, pour le moment, s'ignorent largement, l'évaluation de santé publique étant à l'heure actuelle dominée par le modèle biomédical et expérimental qui n'est pas adapté à la mesure des effets des politiques publiques sur la santé des populations « en vie réelle » et notamment sur la réduction des inégalités sociales de santé.

**S. A. : En quoi les questions éthiques sont-elles centrales dans toute réflexion sur les inégalités sociales de santé ?**

N. H.-N. et T. L. : La place d'une réflexion éthique est évidente, les ISS renvoient à la notion de justice sociale et donc à une réflexion éthique et collective qui est actuellement insuffisamment développée dans le domaine de la santé publique.

**S. A. : Quelles sont vos recommandations prioritaires pour réduire les inégalités sociales de santé ?**

N. H.-N. et T. L. : La première des recommandations serait l'appropriation de cet objectif de réduction des ISS par l'ensemble des acteurs du système de santé, dont la formation n'aborde d'ailleurs qu'à la marge cette question, sans la laisser à quelques spécialistes. Toute politique ou intervention de santé devrait viser simultanément deux objectifs : l'amélioration globale de la santé pour l'ensemble de la population et la réduction ou, au grand minimum, l'absence de creusement des ISS. En d'autres termes, toute politique ou intervention de santé devrait être conçue de sorte à ne pas creuser les inégalités. La réduction des ISS n'est pas un supplément d'âme à des politiques de santé visant à améliorer l'état de santé moyen d'une population.

Une deuxième recommandation serait de classer comme prioritaires les politiques de l'enfance, car les ISS se construisent dans les premières années de vie et leurs conséquences ne seront qu'en partie réversibles.

Une réflexion sur le système de santé devrait conduire à prendre plus et mieux en compte cette question des ISS dans son organisation. Par exemple, le virage ambulatoire qui

se développe actuellement porte en lui un risque d'aggravation des ISS : une partie du séjour hospitalier est réduit et va désormais se dérouler au domicile du patient et, donc, dépendre des ressources sociales, économiques, culturelles, humaines et familiales. Or, il est connu qu'elles sont inégalement réparties selon les catégories sociales et les territoires de vie. La santé au travail est un de ces champs du système de santé qui devrait être prioritaire, tant les expositions professionnelles sont socialement différenciées. Selon l'estimation du Centre international de recherche contre le cancer, la part des inégalités sociales d'incidence du cancer du poumon attribuable aux expositions professionnelles est de 50 %.

Les politiques publiques visant la modification des comportements devraient cibler l'individu, en prenant en compte ses caractéristiques sociales et ses conditions de vie, et aussi créer un environnement favorable à la santé, qu'il soit de nature économique, réglementaire, institutionnelle ou sociale. Autrement dit, il faudrait penser et reconnaître les ISS comme évitables et dépasser un modèle biomédical dominant, fondé prioritairement sur l'individu, les soins ou la modification des comportements individuels. Ce nouveau modèle peine à trouver sa place dans le paysage français.

Enfin, dans le rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de 2010 sur les ISS figurait la recommandation d'un bilan d'étape tous les cinq ans pour mesurer les avancées dans ce domaine. Cette mesure reste à mettre en œuvre. ■

**Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.**

**Pour en savoir plus**

- Haschar-Noé N., Lang T. (dir). *Réduire les inégalités sociales de santé, une approche interdisciplinaire de l'évaluation*. Toulouse : Presses universitaires du Midi, 2017 : 524 p.

1. Nés sous la même étoile ? Origine sociale et niveau de vie, la note d'analyse, juillet 2018, N° 68 <http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-na68-nessouslamemeetoile-05-07-2018.pdf>

## LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE AAPRISS ET SES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

« Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation » est un livre fondé sur l'expérience d'un collectif de chercheurs rassemblés autour d'une recherche interventionnelle intitulée Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé (Aapriiss), menée pendant trois années. Elle avait pour maître mot la construction de programmes et de connaissances visant à réduire les inégalités sociales de santé (ISS). L'idée essentielle au départ était de faire collaborer des chercheurs de différentes disciplines avec des acteurs œuvrant en santé pour optimiser et modifier des programmes existants, et ce dans différents domaines – prévention nutritionnelle, éducation thérapeutique... – et contextes – école, hôpital, collectivité territoriale, etc. Ce qui a été dit de la multiplicité des déterminants de santé impliquait qu'un programme supplémentaire ne pourrait pas résoudre à lui seul la question des ISS, mais qu'il semblait plus opportun de modifier la construction et la mise en œuvre des politiques et des interventions pour contribuer à réduire ces inégalités. Par exemple, il nous est apparu probablement plus efficace de mobiliser les acteurs des politiques publiques d'urbanisme par le moyen de l'évaluation de leur impact sur la santé et les ISS.

La grande créativité des interventions menées par les acteurs locaux associatifs ou par les collectivités territoriales est apparue, tout comme la faiblesse de leur description, de leur évaluation, de leur lisibilité et de leur transférabilité. Cette question de la nécessité de décrire, d'évaluer et de penser la transférabilité des interventions nous a conduits à développer un modèle dans lequel une description fine des interventions s'attacherait à distinguer d'une part les éléments propres au contexte et spécifiques du milieu local de l'intervention, et d'autre part des éléments théoriques (en quelque sorte les ingrédients essentiels) susceptibles d'être transférés et adaptés dans un autre contexte. Ce modèle (Fonctions-clés – Implémentation – Contexte [FIC]), qui nous paraît prometteur, est en cours de validation. Élaboré en coproduction avec des acteurs de terrain, il suscite leur intérêt. »

**N. H.-N. et T. L.**