

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Inégalités de santé : le poids des déterminants sociaux

POINTS CLÉS

- **Des inégalités socio-économiques sont systématiquement observées** pour tous les indicateurs étudiés.
- **Les personnes socialement défavorisées sont systématiquement en moins bon état de santé générale**, physique et mentale que les personnes socialement plus favorisées.
- **Le tabagisme et l'insuffisance d'activité physique concernent davantage les catégories sociales défavorisées** alors que le dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque et la sédentarité concernent davantage les catégories sociales les plus favorisées.
- **Des écarts s'observent selon le sexe** : globalement les femmes fument et boivent moins que les hommes et sont plus concernées par les messages de prévention, cependant elles se perçoivent en moins bonne santé et déclarent plus souvent des troubles de santé mentale (épisodes dépressifs, troubles anxieux généralisés), des plaintes d'insomnie tandis que les hommes déclarent plus souvent des problématiques de santé physique (diabète, hypertension artérielle).
- L'insécurité alimentaire est **plus fréquente chez les jeunes adultes et les personnes se déclarant en difficultés financières**.
- **Plus d'une personne sur cinq (22 %) déclare avoir connu des discriminations** au cours des cinq dernières années.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ».

La synthèse sur les inégalités de santé compile les principaux résultats de chaque thématique, décrits selon le sexe et la position socio-économique, afin d'en dégager une lecture transversale centrée sur les inégalités sociales de santé (ISS). Des analyses sur le statut migratoire, en lien avec les autres déterminants sociaux, feront l'objet de travaux ultérieurs.

L'édition 2024 introduit deux nouvelles thématiques en lien avec les ISS : l'insécurité alimentaire et les discriminations. L'insécurité alimentaire correspond au fait de ne pas avoir accès de manière régulière à des aliments sains et nutritifs en quantité suffisante, du fait de l'indisponibilité de nourriture ou un manque de ressources pour s'en procurer. Elle a été évaluée à l'aide de l'échelle de mesure *Food insecurity experience scale* (FIES) proposée par l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) [1]. Les questions ont été posées uniquement aux personnes déclarant une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée ». Nous nous intéressons à l'analyse de la question suivante : « au cours des douze derniers mois, avez-vous été confronté à la situation suivante par manque d'argent ou d'autres moyens : ne pas avoir mangé alors que vous aviez faim ? ». Un traitement de la non-réponse partielle par imputation (cf. synthèse « Méthode de l'enquête ») en cas de réponse manquante (« ne sait pas » ou « ne souhaite pas répondre ») a été réalisé.

Les discriminations, telles que définies par la défenseure des droits, désignent tout traitement défavorable envers une personne ou un groupe de personnes en raison de critères définis par la loi (origine, handicap, sexe, religion, orientation sexuelle, etc.) dans un domaine déterminé prévu par la loi (accès à un emploi, un service, un logement, etc.) [2]. Elles ont été mesurées, à l'aide de questions issues de l'enquête Trajectoires et Origines 1 de l'Ined [3]. Les résultats présentés ici se limitent à une première analyse descriptive des réponses à la question « Pensez-vous avoir subi des traitements inégalitaires ou des discriminations au cours des cinq dernières années ? ». Les personnes ayant répondu « ne sait pas » ou « ne souhaite pas répondre » (n = 118 ; < 0,01 %) ont été exclues des analyses pour l'estimation des prévalences.

Des analyses plus approfondies de ces deux thématiques seront présentées ultérieurement.

CONTEXTE

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des différences systématiques dans l'état de santé, observées entre des groupes sociaux. Elles sont socialement construites et donc évitables. Leur surveillance est une des recommandations clés de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Haut Conseil de la santé publique en France. Elle est inscrite dans la stratégie nationale de santé et se décline dans les missions des agences régionales de santé [4,5].

Les inégalités sociales de santé, observées pour les pathologies chroniques comme infectieuses, résultent d'une inégalité de distribution des déterminants sociaux. Ces derniers désignent les facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux qui façonnent les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent. Ils influent sur les comportements en faveur ou défaveur de la santé, qui vont aboutir à un état de santé socialement différencié de la population, selon les groupes sociaux [6].

En France, bien que la lutte contre les ISS soit inscrite comme une priorité de santé publique, le manque de données sociales, dans les bases médico-administratives, les systèmes de surveillance sanitaires ou les grandes enquêtes nationales de santé ou encore dans les dossiers médicaux reste un frein à leur prise en compte par les acteurs et les décideurs [7].

Le programme Inégalités sociales et territoriales de santé/Équité en Santé, développé par Santé publique France en partenariat avec des équipes de recherche et renforcé depuis la crise Covid, répond en partie à cet enjeu, en structurant et en systématisant la collecte des déterminants sociaux permettant de mesurer, a minima, la position sociale des individus (sexe, origine migratoire, éducation, emploi et ressources financières) dans toutes

les grandes enquêtes de l'agence. L'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France intègre, en plus de ces données socles sur la position sociale, deux modules complémentaires de questions en lien avec les ISS : un sur l'insécurité alimentaire et un sur les discriminations.

Grâce au caractère multithématique du Baromètre de Santé publique France, l'objectif de cette synthèse est de dresser un premier panorama national descriptif des inégalités de santé selon le sexe et la position socio-économique en 2024.

RÉSULTATS

DES COMPORTEMENTS EN SANTÉ GLOBALEMENT PLUS FAVORABLES CHEZ LES FEMMES

Globalement, les hommes fument et boivent davantage que les femmes : en 2024, la prévalence du tabagisme quotidien s'élève à 15,3 % chez les femmes et 19,7 % chez les hommes. En comparaison avec les précédentes éditions du Baromètre de Santé publique France, cet écart entre les hommes et les femmes a tendance à se réduire. Les femmes sont aussi moins concernées par la consommation d'alcool que les hommes : elles déclarent moins souvent avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière semaine (47,7 % contre 62,3 % des hommes) et avoir eu une consommation dépassant les repères à moindre risque¹ au cours de la dernière semaine (14,6 % contre 30,3 %). Si les écarts de consommation entre les femmes et les hommes sont importants pour toutes les classes d'âge, ce sont chez les 18-29 ans que cet écart est le moins marqué. Concernant la pratique d'activité physique, des

1. Ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine ; ne pas consommer plus de deux verres par jour ; avoir des jours sans consommation dans une semaine.

différences sont observées selon le sexe et l'âge. La proportion d'adultes déclarant une activité physique régulière dans le cadre des loisirs est plus élevée chez les hommes par rapport aux femmes pour les classes d'âge entre 18 et 49 ans (45,0 % chez les hommes contre 32,3 % chez les femmes pour les 18-29 ans ; 40,1 % contre 34,6 % pour les 30-39 ans ; 38,4 % contre 35,4 % pour les 40-49 ans), alors que la tendance s'inverse à partir de 50 ans (39,8 % chez les femmes contre 36,4 % chez les hommes pour les 50-59 ans ; 47,6 % contre 46,6 % pour les 60-69 ans ; 45,2 % contre 43,8 % pour les 70-79 ans).

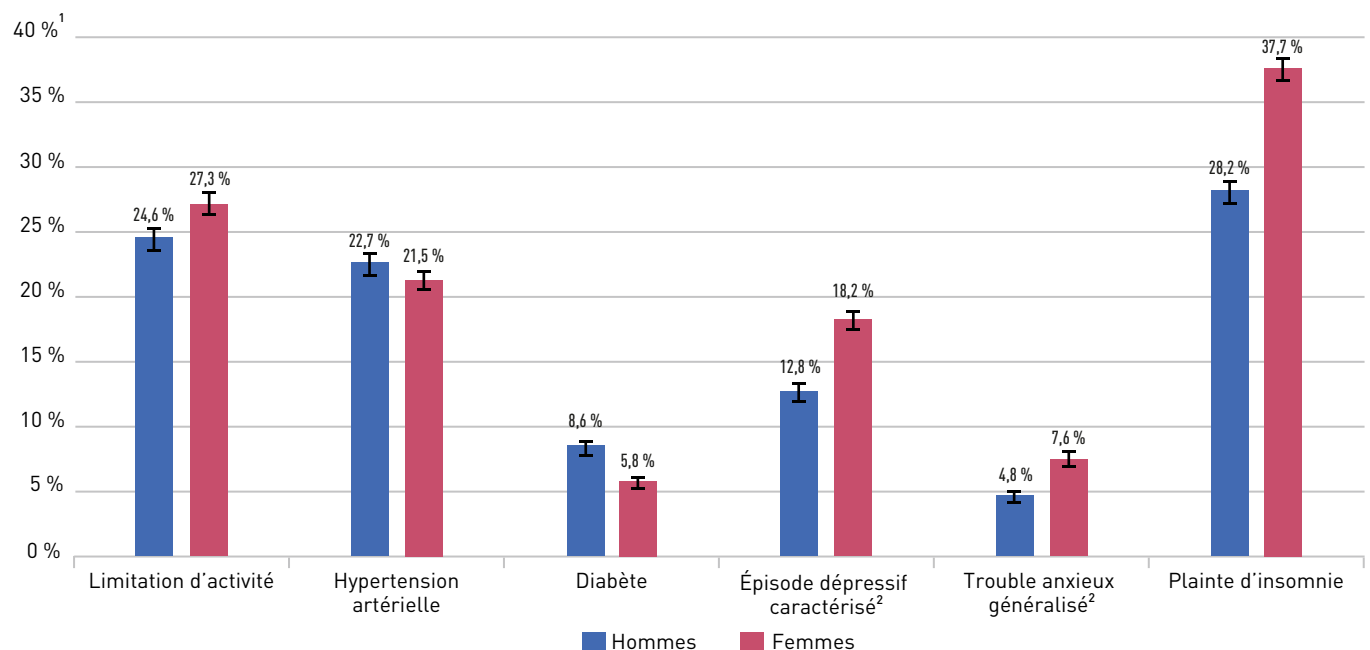
UNE SANTÉ PERÇUE ET UNE SANTÉ MENTALE MOINS BONNE CHEZ LES FEMMES, DES INDICATEURS DE SANTÉ PHYSIQUE PLUS DÉFAVORABLES CHEZ LES HOMMES

Les femmes se déclarent en moins bonne santé que les hommes. Elles sont 65,8 % à déclarer avoir une santé perçue « bonne » à « très bonne » et 27,3 % à déclarer des limitations d'activités contre respectivement 70,3 % et 24,6 % chez les hommes (Figure 1). A contrario, les hommes sont plus nombreux à déclarer être touchés par le diabète et l'hypertension artérielle (HTA) : la prévalence

du diabète déclaré chez les hommes atteint 8,6 % contre 5,8 % chez les femmes (l'écart s'accroît avec l'âge), et celle de l'HTA déclarée est de 22,7 % chez les hommes contre 21,5 % chez les femmes.

Sur le plan de la santé mentale, les femmes apparaissent plus concernées que les hommes par la dépression et l'anxiété (et ce quelle que soit la classe d'âge), mais aussi par les pensées et tentatives suicidaires (en particulier chez les 18-29 ans). La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est de 18,2 % parmi les femmes (contre 12,8 % parmi les hommes), celle du trouble anxieux généralisé de 7,6 % (contre 4,8 %), celle des pensées suicidaires de 5,6 % (contre 4,8 %) et celle des tentatives de suicide au cours de la vie de 7,1 % (contre 3,6 %). Les femmes sont aussi plus enclines que les hommes à avoir un recours thérapeutique (consultation d'un professionnel de santé ou suivi d'une psychothérapie, ou consommation de médicaments pour les nerfs ou pour dormir), en cas d'épisode dépressif caractérisé (respectivement 62,1 % contre 46,1 %) ou en cas de trouble anxieux généralisé (respectivement 76,9 % contre 60,9 %). Les femmes sont aussi plus sujettes aux insomnies que les hommes (37,7 % contre 28,2 %).

FIGURE 1 | Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon le sexe



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

2. Au cours des douze derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

LES FEMMES PLUS CONCERNÉES PAR LES SUJETS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Concernant la prévention, des différences sont observées selon le sexe. Globalement, les femmes déclarent être mieux informées que les hommes sur les messages de prévention liés à la santé. C'est le cas par exemple pour les connaissances sur l'antibiorésistance, où 44,9 % des hommes ignorent que les antibiotiques sont inefficaces contre la grippe contre 36,9 % des femmes. De même, parmi les fumeurs et ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté de fumer depuis moins d'un an, les femmes déclarent plus souvent avoir entendu parler de la campagne *Mois Sans Tabac 2023* que les hommes (88,9 % contre 83,7 %), même s'il n'y a pas de différence selon le sexe pour les tentatives d'arrêt liées à cette campagne. Quant à l'adhésion vaccinale, bien qu'aucune différence ne soit observée selon le sexe, les femmes sont plus souvent défavorables à certaines vaccinations que les hommes (39,0 % contre 34,3 %) ; cette différence est plus marquée pour les classes d'âges les plus élevées (respectivement 34,6 % contre 26,9 % chez les 70-79 ans).

Enfin, les femmes apparaissent plus touchées par les sujets liés à la santé environnementale. Elles déclarent plus souvent avoir souffert psychologiquement ou physiquement d'au moins un événement climatique extrême que les hommes (respectivement 25,5 % contre 19,1 % et 42,0 % contre 31,8 %). Quant aux messages de prévention liés à la « canicule », les femmes sont légèrement plus nombreuses, en proportion, à y avoir été exposées (89,9 % contre 88,0 %), et déclarent plus souvent que les hommes avoir modifié leur comportement suite à ces messages (63,9 % contre 55,2 %).

DES COMPORTEMENTS EN SANTÉ CONTRASTÉS SELON LA POSITION SOCIO-ÉCONOMIQUE

Plusieurs gradients socio-économiques sont observés pour l'ensemble des comportements en santé étudiés. Ainsi, la prévalence du tabagisme quotidien suit un gradient selon le niveau de diplôme et la situation financière perçue : elle passe de 13,0 % parmi les personnes les plus diplômées² à 20,9 % parmi celles les moins diplômées³, et de 10,1 % parmi les plus aisées⁴ à 30,0 % parmi celles les moins aisées⁵. Ces gradients sont plus marqués chez

les hommes. Le tabagisme quotidien est également 2 fois moins répandu parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (11,8 %) que parmi les ouvriers (25,1 %). Parmi les fumeurs quotidiens, les plus diplômés et les cadres et professions intellectuelles supérieures sont aussi plus nombreux à souhaiter arrêter de fumer et à déclarer une tentative d'arrêt. Concernant la pratique régulière d'activité physique dans le cadre des loisirs, elle augmente avec le niveau de diplôme, avec des prévalences allant de 33,3 % pour les moins diplômés à 49,7 % pour les plus diplômés. Elle est 2 fois plus fréquente parmi les personnes les plus aisées (55,4 %) que parmi celles les moins aisées (26,2 %). Les écarts selon les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) confirment cette tendance, puisque la pratique d'activité physique régulière s'élève à 54,8 % parmi les cadres et professions intellectuelles contre 34,7 % parmi les ouvriers et 30,5 % parmi les employés.

Les catégories sociales les plus favorisées sont aussi concernées par des comportements moins favorables à la santé. Des gradients inverses sont observés pour la consommation d'alcool et la sédentarité (i.e., passer plus de 7 heures en moyenne par jour en position assise). Plus le niveau de diplôme est élevé et plus la situation financière est perçue comme favorable, plus la part d'adultes dépassant les repères de consommation d'alcool à moindre risque est importante (19,3 % pour les moins diplômés à 26,0 % pour les plus diplômés et 19,7 % pour les moins aisés à 29,4 % pour les plus aisés). Chez les hommes l'écart selon la situation financière est plus marqué que pour les femmes. Cet indicateur est 2 fois plus élevé parmi les agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (30,6 %), et les cadres et professions intellectuelles supérieures (29,7 %) que parmi les employés (15,1 %). Enfin, plus le niveau de diplôme augmente et plus la situation financière est jugée comme favorable, plus la sédentarité est fréquente. Elle est près de 3 fois plus fréquente pour les plus diplômés (42,7 %) que pour les moins diplômés (15,0 %), 1,6 fois plus élevée pour les plus aisés (39,2 %) que pour les moins aisés (23,7 %) et près de 2 fois plus élevée chez les cadres et professions intellectuelles (48,5 %) que les ouvriers (15,8 %) et les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise (14,7 %).

2. Personnes se déclarant titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat.

3. Personnes se déclarant non diplômées ou titulaires d'un diplôme inférieur au baccalauréat.

4. Personnes se déclarant « à l'aise » financièrement.

5. Personnes se déclarant dans une situation financière difficile, voire endettées.

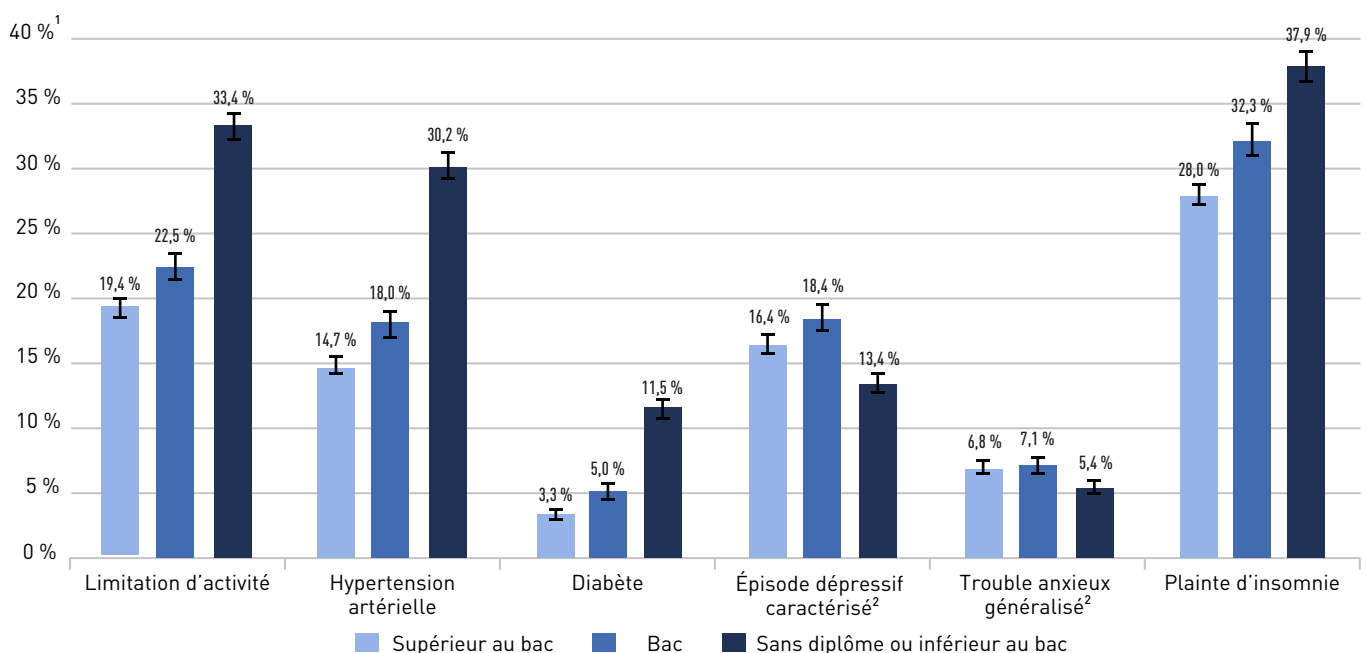
UN MOINS BON ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL, PHYSIQUE ET MENTALE CHEZ LES PERSONNES SOCIALEMENT DÉFAVORISÉES

L'ensemble des indicateurs de santé générale et physique sont marqués par un gradient socio-économique. Quel que soit l'indicateur de position socio-économique mobilisé, les personnes les plus favorisées, en termes de diplôme, PCS ou situation financière, déclarent systématiquement un meilleur état de santé. Les personnes les plus diplômées déclarent plus souvent une santé perçue bonne ou très bonne (77,6 % contre 58,0 % pour les moins diplômées), déclarent moins de limitations d'activité (19,4 % contre 33,4 %), se déclarent 2 fois moins touchées par l'HTA (14,7 % contre 30,2 %) et 3,5 fois moins touchées par le diabète (3,3 % contre 11,5 %) (Figure 2). De même, les personnes se déclarant comme les plus aisées financièrement perçoivent plus souvent leur santé comme bonne à très bonne (82,5 % contre 50,4 % chez ceux ayant des difficultés financières), déclarent moins de limitations d'activité (16,3 % contre 40,1 %) et présentent des prévalences plus faibles d'HTA (18,6 % contre 24,1 %) et de diabète (4,5 % contre 9,5 %) (Figure 3). Ces indicateurs de santé décrits selon la PCS offrent une grille de lecture complémentaire. Globalement les cadres et professions intellectuelles supérieures déclarent une meilleure santé perçue (77,9 %

contre 61,7 % chez les ouvriers), moins de limitations d'activités (19,9 % contre 30,9 % chez les ouvriers) et des prévalences près de 2 fois moins élevées de diabète (4,5 % contre 10,9 % chez les ouvriers) (Figure 4). Ces différences sont davantage marquées pour les femmes. Sur le plan cardiovasculaire, des disparités selon la PCS sont observées uniquement chez les femmes : la prévalence de l'HTA est 2 fois plus élevée chez les ouvrières (28,7 %) que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (16,1 %).

Sur le plan de la santé mentale, que ce soit pour l'épisode dépressif caractérisé, le trouble anxieux généralisé ou bien les pensées suicidaires, il n'y a pas de gradient mis en évidence selon le niveau de diplôme ; cependant les moins diplômés présentent systématiquement les prévalences les plus faibles (respectivement 13,4 %, 5,4 % et 3,9 %). Du point de vue de la PCS, ce sont les professions intermédiaires et les employés qui présentent les prévalences les plus élevées d'épisode dépressif caractérisé (17,1 % et 18,3 %), de même que pour le trouble anxieux généralisé (respectivement 6,2 % et 7,2 %) et les pensées suicidaires (respectivement 5,7 % et 5,5 %). En revanche, des gradients plus marqués au détriment des catégories les moins avantagées apparaissent selon la situation financière. Les prévalences de l'épisode dépressif caractérisé, du trouble anxieux généralisé et celle des pensées

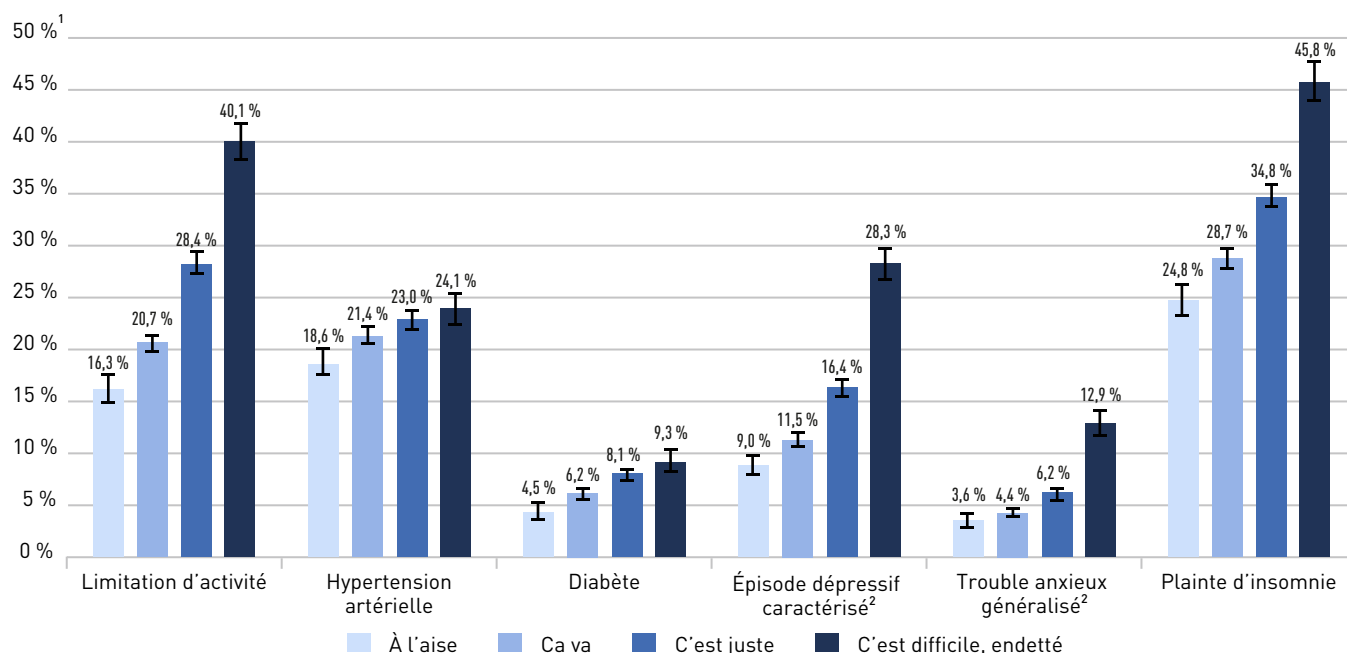
FIGURE 2 | Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon le niveau de diplôme



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

2. Au cours des douze derniers mois.

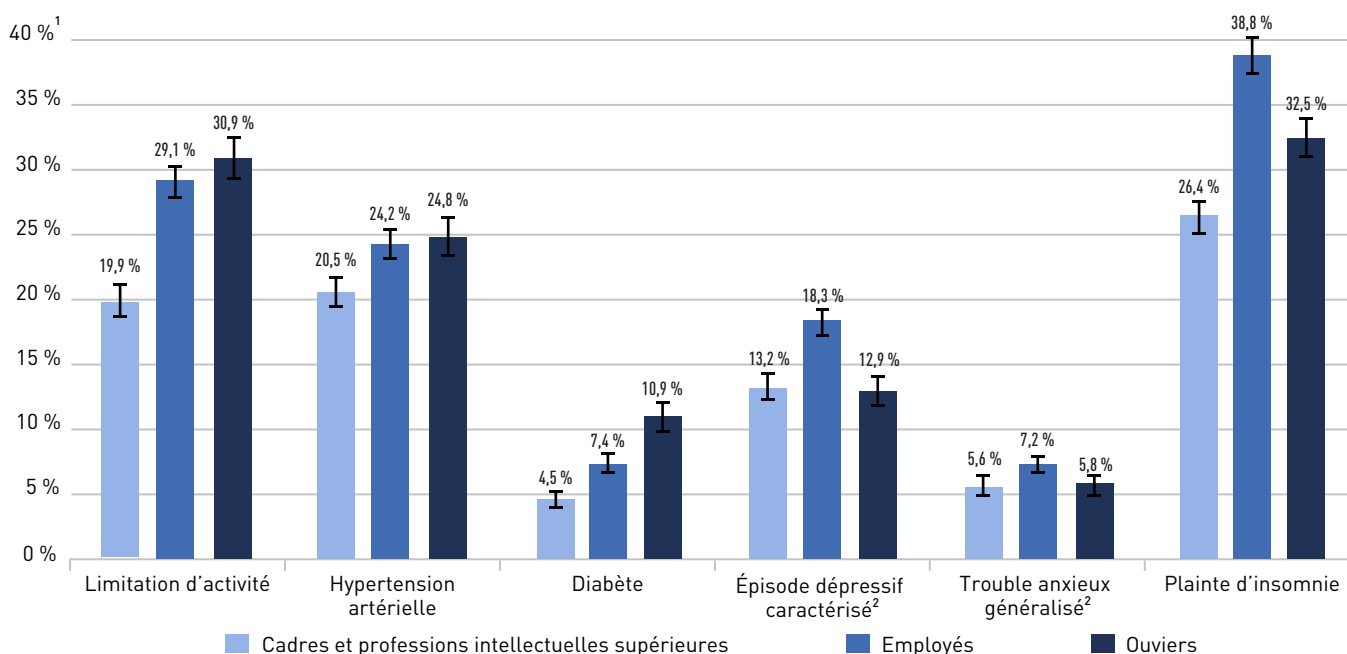
Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

FIGURE 3 | Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon la situation financière perçue

1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

2. Au cours des douze derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

FIGURE 4 | Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans ayant déjà travaillé, selon la catégorie socioprofessionnelle

1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

2. Au cours des douze derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

suicidaires sont plus de 3 fois plus élevées chez les personnes se déclarant les moins aisées financièrement que chez celles les plus aisées (respectivement 28,3 % contre 9,0 % ; 12,9 % contre 3,6 % ; 10,7 % contre 3,4 %). Ces écarts pour l'épisode dépressif caractérisé et le trouble anxieux généralisé, sont davantage marqués pour les femmes. Une dynamique différente est observée pour les tentatives de suicides au cours de la vie, puisque les prévalences les plus faibles sont observées pour les plus diplômés (4,2 % contre 5,9 % pour les moins diplômés), les cadres et professions intellectuelles (3,4 % contre 7,6 % chez les employés) et les plus aisés (3,2 % contre 9,8 % pour les moins aisés). Concernant le sommeil, parmi les trois indicateurs de position socio-économique étudiés, la situation financière perçue est de loin le facteur le plus impactant le plus, tant en quantité qu'en qualité. Plus la situation financière est déclarée comme difficile, plus les plaintes d'insomnie sont fréquentes, passant de 24,8 % pour les plus aisés à 45,8 % pour les moins aisés financièrement, et plus le temps moyen de sommeil sur 24 heures diminue (7 h 38 pour les plus aisés à 7 h 22 pour les moins aisés). Ces écarts sont plus marqués chez les femmes.

DES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES AU REGARD DE LA PRÉVENTION

En matière de prévention, des écarts apparaissent au détriment des catégories sociales les moins avantagées. L'adhésion vaccinale est d'autant plus importante que le niveau de diplôme augmente (73,8 % pour les moins diplômés à 87,2 % pour les plus diplômés) et que la situation financière est perçue comme favorable (70,1 % pour les moins aisés à 88,3 % pour les plus aisés). Cette adhésion est la plus fréquente parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (89,9 %), tandis qu'elle est la moins fréquente parmi les ouvriers (73,7 %) et les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise (73,7 %).

Enfin, les catégories sociales les moins avantagées sont moins touchées par certains messages de prévention que celles les plus avantagées. Par exemple, la connaissance de la recommandation « au moins 30 minutes d'activité physique par jour » est moins fréquente chez les personnes moins diplômées (47,5 % contre 66,4 % chez les plus diplômées) et chez les personnes déclarant des difficultés financières (51,0 % contre 66,4 % pour les plus aisés). De même, les personnes les moins favorisées en termes de diplôme et de situation financière sont moins bien informées sur la résistance aux antibiotiques.

UN RESENTI DE FAIM SANS POUVOIR MANGER QUI CONCERNE DAVANTAGE LES JEUNES ADULTES ET LES PERSONNES SE DÉCLARANT EN DIFFICULTÉS FINANCIÈRES

En 2024, parmi les personnes déclarant une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée », la proportion des adultes âgés de 18 à 79 ans ayant ressenti la faim sans pouvoir manger pour des raisons financières, s'élève à 15,2 %, soit 15,9 % parmi les hommes et 14,6 % parmi les femmes (Tableau 1). Cette proportion est la plus importante parmi les jeunes adultes de 18-29 ans (25,9 %) et diminue avec l'âge. Cette proportion varie selon la position socio-économique et le type de ménage. Ainsi, les personnes les plus diplômées sont les moins nombreuses à déclarer cette situation (12,8 % contre 15,4 % parmi les moins diplômées). Cette situation touche près de 4 fois plus les personnes en difficultés financières (31,1 %) que celles percevant leur situation financière comme « juste » (8,2 %). Enfin, les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale sont plus nombreuses à déclarer cette situation (22,0 %), suivies des personnes vivant seules (19,2 %) par rapport aux personnes vivant en couple sans enfant (9,1 %) ou en couple avec enfant(s) (12,8 %).

PLUS D'UNE PERSONNE SUR CINQ DÉCLARE AVOIR CONNU DES DISCRIMINATIONS AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

En 2024, 22,0 % des adultes de 18 à 79 ans déclarent avoir connu des traitements inégalitaires ou des discriminations au cours des cinq dernières années (Tableau 2). Cette proportion varie avec l'âge : elle est la plus importante parmi les jeunes adultes de 18-29 ans (32,9 %) et diminue ensuite progressivement avec l'âge. Elle est plus élevée chez les femmes (24,9 % contre 18,8 % chez les hommes), et chez les personnes déclarant le plus de difficultés financières (33,2 % contre 17,4 % pour celles les plus aisées). En particulier, chez les femmes, un gradient selon le niveau de diplôme et la PCS est observé. La déclaration de discriminations vécues augmente avec le niveau de diplôme : elle passe de 15,5 % chez les moins diplômées à 33,3 % chez les plus diplômées. Les femmes cadres ou de professions intellectuelles supérieures sont plus nombreuses en proportion à déclarer de tels traitements que les agricultrices, artisanes, commerçantes, cheffes d'entreprise (19,2 %), les employées (20,9 %) et les ouvrières (21,8 %).

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir ressenti la faim sans pouvoir manger pour des raisons financières, parmi les personnes ayant déclaré une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée »

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	3 021	25,9	[23,9 - 27,9]	24,3	[21,4 - 27,3]	27,4	[24,7 - 30,3]
30-39 ans	3 081	18,4	[16,7 - 20,3]	20,0	[17,3 - 23,0]	17,0	[14,8 - 19,4]
40-49 ans	3 391	15,6	[14,0 - 17,3]	16,8	[14,3 - 19,4]	14,5	[12,4 - 16,7]
50-59 ans	3 336	12,9	[11,4 - 14,5]	13,8	[11,6 - 16,3]	12,1	[10,1 - 14,3]
60-69 ans	2 947	8,6	[7,2 - 10,1]	9,3	[7,2 - 11,8]	7,9	[6,1 - 10,0]
70-79 ans	1 709	6,6	[5,1 - 8,3]	6,9	[4,8 - 9,6]	6,3	[4,4 - 8,8]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	7 603	15,4	[14,3 - 16,5]	15,9	[14,4 - 17,5]	14,9	[13,4 - 16,3]
Bac	4 531	17,5	[16,1 - 18,9]	17,6	[15,6 - 19,8]	17,4	[15,6 - 19,4]
Supérieur au Bac	5 351	12,8	[11,6 - 13,9]	14,1	[12,3 - 16,1]	11,8	[10,4 - 13,3]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 362	10,7	[8,6 - 13,0]	11,2	[8,5 - 14,5]	9,8	[6,9 - 13,4]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 596	9,6	[7,8 - 11,6]	10,7	[8,1 - 13,8]	8,1	[5,9 - 10,8]
Professions intermédiaires	4 133	11,8	[10,6 - 13,1]	12,4	[10,6 - 14,3]	11,3	[9,6 - 13,0]
Employés	5 621	17,4	[16,1 - 18,8]	23,2	[19,9 - 26,7]	15,8	[14,5 - 17,3]
Ouvriers	3 563	16,1	[14,6 - 17,7]	16,3	[14,6 - 18,1]	15,5	[12,6 - 18,7]
Situation financière perçue		*		*		*	
C'est juste	11 915	8,2	[7,6 - 8,9]	9,0	[8,0 - 10,1]	7,5	[6,7 - 8,4]
C'est difficile, endetté	5 570	31,1	[29,4 - 32,7]	31,7	[29,2 - 34,2]	30,5	[28,3 - 32,7]
Situation familiale		*		*		*	
Personne seule	4 190	19,2	[17,6 - 20,8]	22,4	[20,0 - 25,0]	16,3	[14,4 - 18,4]
Famille monoparentale	2 867	22,0	[19,9 - 24,1]	21,6	[18,2 - 25,3]	22,2	[19,7 - 24,9]
Couple sans enfant	3 949	9,1	[8,0 - 10,3]	9,6	[8,0 - 11,4]	8,5	[7,0 - 10,1]
Couple avec enfant(s)	4 590	12,8	[11,5 - 14,2]	13,5	[11,6 - 15,6]	12,1	[10,4 - 13,9]
Autres	1 889	16,8	[14,6 - 19,1]	16,9	[13,9 - 20,2]	16,6	[13,7 - 20,0]
Total	17 485	15,2	[14,5 - 15,9]	15,9	[14,8 - 17,0]	14,6	[13,7 - 15,5]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi²).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : parmi les adultes âgés de 18 à 29 ans ayant déclaré une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée », 25,9 % déclarent avoir ressenti la faim sans pouvoir manger pour des raisons financières.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABEAU 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir subi des discriminations au cours des cinq dernières années

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	6 130	32,9	[31,4 - 34,4]	25,7	[23,7 - 27,8]	40,2	[38,1 - 42,3]
30-39 ans	5 770	30,0	[28,5 - 31,5]	26,3	[24,2 - 28,5]	33,6	[31,5 - 35,7]
40-49 ans	6 206	26,1	[24,7 - 27,5]	23,1	[21,2 - 25,2]	28,9	[27,0 - 30,8]
50-59 ans	6 545	19,8	[18,6 - 21,1]	16,6	[14,9 - 18,4]	22,9	[21,1 - 24,7]
60-69 ans	6 097	12,6	[11,5 - 13,8]	11,4	[9,9 - 13,1]	13,7	[12,2 - 15,3]
70-79 ans	4 074	6,0	[5,1 - 7,1]	5,2	[3,9 - 6,6]	6,8	[5,5 - 8,3]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 847	16,0	[15,1 - 16,8]	16,4	[15,1 - 17,7]	15,5	[14,4 - 16,8]
Bac	8 302	24,6	[23,4 - 25,8]	21,3	[19,7 - 23,0]	27,6	[25,9 - 29,2]
Supérieur au Bac	14 673	27,5	[27,5 - 28,4]	20,5	[19,2 - 21,7]	33,3	[32,1 - 34,6]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 537	15,0	[13,3 - 16,9]	12,8	[10,7 - 15,1]	19,2	[16,2 - 22,5]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 841	23,8	[22,6 - 25,0]	16,8	[15,3 - 18,3]	33,4	[31,4 - 35,4]
Professions intermédiaires	9 029	22,2	[21,2 - 23,3]	17,2	[15,7 - 18,7]	26,4	[25,0 - 27,9]
Employés	8 745	22,1	[21,0 - 23,3]	26,8	[24,1 - 29,7]	20,9	[19,7 - 22,1]
Ouvriers	5 339	19,2	[17,9 - 20,6]	18,4	[16,9 - 20,0]	21,8	[19,1 - 24,8]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 838	17,4	[16,1 - 18,7]	13,4	[11,7 - 15,2]	21,4	[19,5 - 23,4]
Ça va	12 456	18,5	[17,7 - 19,4]	14,7	[13,5 - 15,9]	22,2	[21,0 - 23,4]
C'est juste	11 958	22,0	[21,1 - 23,0]	19,0	[17,7 - 20,4]	24,7	[23,4 - 26,1]
C'est difficile, endetté	5 560	33,2	[31,5 - 34,9]	32,4	[29,9 - 35,0]	33,9	[31,7 - 36,2]
Total	34 822	22,0	[21,4 - 22,5]	18,8	[18,0 - 19,6]	24,9	[24,1 - 25,7]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 32,9 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir subi des discriminations au cours des cinq dernières années.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DISCUSSION

Les résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France montrent que l'ensemble des comportements de santé, des indicateurs de santé physique et mentale étudiés, ainsi que le recours à la prévention suivent systématiquement des gradients socio-économiques et diffèrent selon le sexe.

Les habitudes de vie et comportements de santé – comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'inactivité physique, le manque de sommeil ou encore une alimentation inadéquate – peuvent être définies comme un ensemble de comportements modifiables qui concourent, à long terme, à la prévention des maladies chroniques et certains types de cancers. Reconnus comme des facteurs de risques des maladies liées aux modes de vie, ils sont façonnés par les représentations

sociales. Certains comportements préjudiciables à la santé, sont plus fréquents à mesure que l'on descend dans les hiérarchies sociales. Ces derniers ne correspondent pas seulement à un éventuel besoin de « plaisir compensatoire », en réponse au stress chronique dû aux difficultés des conditions de vie et de travail, mais peuvent également être liées aux discriminations, qui suscitent sentiments d'impuissance et de vulnérabilité [8]. Un certain fatalisme a été décrit chez des personnes qui, se sentant exposées à divers risques sur lesquels ils n'ont pas la capacité d'agir, minimisent la dangerosité de leurs comportements sur la santé [9]. L'entourage social, les réseaux (famille, amis, voisins) peuvent également banaliser et faciliter des comportements à risque, qui seraient plus découragés, dans d'autres quartiers ou dans d'autres réseaux plus favorisés. Par ailleurs, les quartiers les plus pauvres sont souvent moins verts, plus pollués et moins sécuritaires et n'incitent pas à la marche à pied ou à l'activité physique par exemple [10].

Nos résultats montrent que pour un comportement de santé donné, le sens du gradient socio-économique reste cohérent quelle que soit la variable socio-économique considérée. A titre illustratif, les prévalences de tabagisme quotidien diminuent systématiquement plus la catégorie sociale est élevée, que ce soit en termes de diplôme, de situation financière ou de PCS. En revanche, l'ampleur des écarts peut varier selon la variable socio-économique : pour le tabagisme quotidien les gradients observés sont plus marqués selon la situation financière que pour le niveau de diplôme. Ces variations suggèrent que le poids de chaque déterminant social n'est pas équivalent. Enfin, ces gradients socio-économiques ne désavantagent pas systématiquement les catégories en bas de la hiérarchie sociale : si le tabagisme et la moindre pratique d'activité physique dans le cadre des loisirs sont davantage observés parmi les catégories les moins favorisées socialement, le dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque et la sédentarité concernent davantage les catégories sociales les plus favorisées.

Les comportements de santé sont également genrés : la pression sociale des normes et des valeurs de la société relatives à la consommation de substances psychoactives, comme le tabac et l'alcool s'exerce davantage chez les femmes que chez les hommes et peut expliquer une partie des différences observées entre les sexes en faveur d'une moindre consommation [11]. Par ailleurs, à certains âges, les femmes sont particulièrement contraintes par les représentations dominantes de la division du travail les amenant à s'occuper d'abord de la famille, du conjoint, des enfants, des aînés, et en général de la majorité des tâches domestiques et parentales ; elles ont mécaniquement moins de temps pour développer un temps à soi, ce qui constitue un facteur limitant pour certains comportements [12] : ceci est illustré dans nos résultats par la pratique d'une activité physique régulière moins fréquente chez les femmes de moins de 50 ans, c'est-à-dire aux âges où la charge domestique leur est plus largement dévolue.

Les comportements à eux seuls ne suffisent pas à expliquer les inégalités de santé. La théorie de la causalité sociale démontre qu'une mauvaise situation socio-économique (éducation, emploi, ressources financières) dégrade directement la santé [13]. L'éducation développe les compétences, les valeurs et les attitudes qui permettent d'être plus réceptifs aux messages d'information, d'être plus enclins à intégrer les normes médicales et à

prendre des décisions éclairées, et ainsi d'avoir la capacité de pouvoir contrôler partiellement sa santé. Un faible niveau d'éducation (dont l'accès peut être entravé par des conditions de vie difficiles) peut influencer la littératie en santé⁶. Un niveau d'éducation élevé favorise l'accès à une meilleure trajectoire professionnelle et de meilleurs revenus. La situation professionnelle, peut influencer la santé directement via les conditions de travail mais aussi indirectement via les ressources financières, matérielles, sociales qu'elle procure. Les ressources financières conditionnent l'accès à une alimentation saine, à un logement adéquat dans un quartier favorable à la santé, à une assurance complémentaire santé, à des biens, infrastructures et services (transports, loisirs et santé). Il faut aussi noter que les liens entre situation professionnelle/revenus et santé sont bidirectionnels : une altération de l'état de santé peut entraîner à son tour une perte d'emploi et donc de revenus, augmenter des dépenses de santé restant à charge, et fragiliser socialement les individus.

Dans nos résultats, l'ensemble des prévalences des indicateurs de santé générale et physique étudiés (santé générale perçue, limitation d'activité, diabète, HTA) suivent des gradients systématiquement en défaveur des personnes dont la position socio-économique est plus faible, que ce soit en termes de diplôme, de PCS ou de situation financière. En ce qui concerne les indicateurs de santé mentale étudiés, les disparités sont particulièrement prononcées selon la situation financière : plus elle est perçue difficile plus la dépression, l'anxiété, les pensées suicidaires et troubles du sommeil sont fréquents. Ces résultats peuvent être expliqués par différents mécanismes. De mauvaises conditions de travail peuvent exposer les personnes à des expositions à risque (physiques, chimiques, biologiques), à des horaires atypiques, ou à des risques psychosociaux (faible capacité décisionnelle, contraintes organisationnelles) qui peuvent altérer leur santé physique et mentale [14]. Une situation financière difficile peut entraîner des difficultés à accéder à un logement et un lieu de résidence favorable à la santé. Les effets de la mauvaise qualité du logement ou de sa suroccupation ont des conséquences sur la santé mentale (l'anxiété, la dépression et la qualité du sommeil notamment) et sur la santé physique (maladies infectieuses et respiratoires, accidents domestiques) [15]. L'insécurité alimentaire qui touche plus fréquemment les ménages modestes, peut participer à l'aggravation des

6. Motivation et compétences des personnes à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé.

inégalités sociales de santé observées dans la plupart des pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, etc.). En augmentation dans les pays occidentaux, il s'agit d'un cas illustratif des changements sociaux et économiques survenus au cours des dernières années. Au niveau populationnel, l'insécurité alimentaire résulte de périodes prolongées de chômage et de sous-emploi élevés ou croissants, de salaires à la baisse, du manque de logements abordables [16-18]. Nos résultats soulignent, à travers la question la question du ressenti de faim sans pouvoir manger, que cette situation est étroitement liée aux caractéristiques socio-économiques des ménages, comme le revenu, la structure familiale (les familles monoparentales et les personnes vivant seules sont particulièrement concernées), et touche de plein fouet les jeunes générations.

En outre, une mauvaise situation socio-économique peut résulter de discriminations de toutes sortes, notamment en raison de son genre ou de son origine⁷. Nos résultats montrent que toutes raisons confondues, plus d'une personne sur cinq déclare avoir subi des discriminations au cours des cinq dernières années. Des conditions de vie préjudiciables à la santé peuvent ainsi être l'expression de bien des rapports de pouvoir autres que les seuls rapports socio-économiques.

Enfin, les normes sociales de genre influencent la répartition des maladies entre les sexes, non seulement via l'expression des symptômes, et du rapport au corps mais aussi via le recours aux soins et l'interprétation des signes cliniques ainsi que la prise en charge médicale et la détection de certaines pathologies, notamment en termes de maladies cardiovasculaires et de santé mentale. Nos résultats montrent que les hommes sont davantage concernés par les facteurs de risque cardiovasculaires, comme l'HTA ou le diabète. Ces différences peuvent être expliquées en partie par des habitudes de vie et comportement plus favorables à la santé que les hommes (notamment par la consommation de tabac et d'alcool moindre). Toutefois, malgré des prévalences plus faibles chez les femmes, la littérature montre que celles-ci, une fois diagnostiquées, sont moins bien prises en charge que les hommes (dépistage tardif ou incomplet, insuffisance de traitement médicamenteux, etc.) et exposées à un risque cardiovasculaire accru par rapport aux hommes [19,20]. En ce qui concerne la santé mentale, nos résultats montrent que les femmes déclarent plus souvent que les

hommes souffrir de troubles tels que la dépression, l'anxiété ou encore des pensées suicidaires. La répartition traditionnelle des responsabilités familiales et domestiques entre hommes et femmes, et la prédominance de certains facteurs de risques (notamment les violences) constituent des facteurs de vulnérabilité psychique importants pour les femmes. Les rôles sociaux attribués aux femmes ont en effet un lourd impact sur leur santé mentale, et viennent largement nuancer la représentation d'une vulnérabilité psychique « intrinsèque » des femmes, longtemps attribuée au seul déséquilibre émotionnel lié aux caractéristiques hormonales (puberté, grossesse, périodes menstruelles, ménopause). Les troubles anxiodépressifs sont plus facilement reconnus chez les femmes par les professionnels de santé et sont en revanche sous-diagnostiqués chez les hommes. Chez les hommes, la souffrance psychique est plus souvent « externalisée », au regard des critères sociaux de « virilité », comme l'agressivité, la consommation de substances psychoactives et les comportements à risque en général [21].

Nos résultats montrent que la non-adhésion vaccinale est plus importante quand le niveau socio-économique est plus faible. Ces inégalités sociales en matière de prévention, font écho au fait que les populations socialement défavorisées ont un moindre recours aux services de santé de façon générale [22] et aux messages de santé. Outre l'absence de couverture complémentaire qui peut constituer un frein financier, d'autres facteurs liés aux conditions de vie (besoin de se nourrir, de se loger, etc.), à la perception de son état de santé, aux perspectives d'avenir ainsi que la confiance ou la défiance envers les institutions de santé influent sur la priorisation des besoins en prévention [23]. Les inégalités de genre au regard de la prévention relèvent, quant à elles, de questions d'apprentissage des normes et d'éducation à la santé. Les dynamiques de genre affectent la prise de décision, le recours aux services de santé et la confiance dans les systèmes de santé. Globalement, les femmes ont une plus grande sensibilité aux messages de prévention et de santé publique, comme le soulignent nos résultats quant aux connaissances des recommandations sur l'antibiorésistance, le mois sans tabac, ou l'adaptation à la chaleur. Ces résultats peuvent être expliqués en partie car elles sont plus proches du système de santé que ce soit pour elles ou pour leurs proches et restent de façon générale plus impliquées que les hommes dans le « care/prendre soin » de façon non professionnelle [24].

7. Les inégalités d'origine ne sont pas traitées dans cette synthèse mais feront l'objet d'analyses ultérieures.

PERSPECTIVES

La description systématique de l'ensemble des indicateurs du Baromètre de Santé publique France selon la position socio-économique et le sexe permet de dresser un panorama des inégalités de santé en 2024. L'intégration de la position sociale (sexe, origine migratoire, éducation, emploi et ressources financières) dans l'enquête Baromètre de Santé publique France qui a lieu tous les deux ans permet de surveiller l'évolution des écarts de santé selon la position sociale dans le temps. Des analyses spécifiques concernant les mécanismes d'action de ces inégalités sociales de santé seront produites ultérieurement, comme des analyses plus détaillées des questions sur l'insécurité alimentaire et les discriminations.

Enfin, pour mesurer correctement ces inégalités sociales de santé, il est nécessaire de comprendre le rôle que joue la position sociale sur l'état de santé de la population. Les inégalités socio-économiques, de genre et d'origine interagissent, sans toutefois être entièrement corrélées entre elles : les unes ne peuvent donc pas se substituer simplement aux autres. La position sociale d'une personne ne peut donc pas se résumer à un seul indicateur : c'est bien souvent le cumul et l'interaction de ces dimensions qui est significatif en termes de santé publique. Les analyses ultérieures prendront ainsi en compte l'intrication de ces différentes dimensions sur la santé de la population afin de mieux prendre en compte les déterminants sociaux de la santé. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Cafiero C, Viviani S, Nord M. Food security measurement in a global context: The food insecurity experience scale. *Measurement*. 1 févr 2018;116:146-52
- [2] Comment savoir si je suis victime de discrimination ? [Internet]. Défenseur des Droits. [cité 25 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/comment-savoir-si-je-suis-victime-de-discrimination-141>
- [3] Trajectoires et Origines 2 [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2025 [cité 27 mars 2025]. Disponible sur: <https://teo.site.ined.fr/>
- [4] Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. [cité 29 sept 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
- [5] World Health Organization. Operational framework for monitoring social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2024.
- [6] Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization. 2008
- [7] Vandentorren S, Delpierre C. Documenter les déterminants sociaux pour lutter contre les inégalités de santé. *La santé en action* n°468. 2025;28-9.
- [8] Katsnelson A. News Feature: The neuroscience of poverty. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 22 déc 2015;112(51):15530-2.
- [9] Carde E. Les inégalités sociales de santé : décryptage d'un concept. *Revue du CREMIS*. 2020;12(1):43-7.
- [10] Inserm (dir.). Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Paris; 2014 p. XVI-731 p. (Les éditions Inserm)
- [11] Beck F, Legleye S, Maillachon F, De Peretti G. Le rôle du milieu social dans l'usage des substances psychoactives des hommes et des femmes – Femmes et Hommes - Regards sur la parité. 2008 p. p.65-82. (Insee Références)
- [12] Verdot C, Bouchan J, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population en France. Synthèse des données disponibles en 2024. Saint Maurice: Santé publique France; 2024
- [13] Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*. 1995;Spec No:80-94
- [14] Frank J, Mustard C, Smith P, Siddiqi A, Cheng Y, Burdorf A, et al. Work as a social determinant of health in high-income countries: past, present, and future. *Lancet*. 14 oct 2023;402(10410):1357-67
- [15] Bentley R, Mason K, Jacobs D, Blakely T, Howden-Chapman P, Li A, et al. Housing as a social determinant of health: a contemporary framework. *The Lancet Public Health*. 1 oct 2025;10(10):e855-64
- [16] Riches G. Thinking and acting outside the charitable food box: hunger and the right to food in rich societies. *Development in Practice*. 2011;21(4-5):768-75
- [17] Bléhaut M, Gressier M, Paquet N. Les multiples facettes de la précarité alimentaire. Crédoc; 2025
- [18] Roncarolo F, Potvin L. L'insécurité alimentaire comme symptôme de maladie sociale. *Can Fam Physician*. avr 2016;62(4):e161-3
- [19] Bonnet F. Risque cardiovasculaire associé au diabète selon le sexe : pourquoi un excès de risque relatif chez les femmes diabétiques ? *Médecine des Maladies Métaboliques*. 1 juin 2015;9(4):371-6
- [20] Mounier-Vehier C. Editorial. Santé cardiovasculaire des femmes : il faut oeuvrer ensemble pour une prévention féminine individualisée. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [Internet]. 2016 [cité 10 oct 2025];(7-8). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/editorial.-sante-cardiovasculaire-des-femmes-il-faut-oeuvrer-ensemble-pour-une-prevention-feminine-individualisee.-numero-thematique.-les-femmes>
- [21] Lydié N, Vandentorren S. Troubles anxio-dépressifs et conduites suicidaires : déterminants sociaux des différences de genre. Synthèse élaborée à partir des données produites par Santé publique France sur la période 2010-2023. Saint Maurice: Santé publique France; 2025 p. 17.
- [22] Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 août 2013;61:S163-9
- [23] Fournet N, Mollema L, Ruijs WL, Harmsen IA, Keck F, Durand JY, et al. Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two systematic reviews. *BMC Public Health*. 30 janv 2018;18(1):196
- [24] Polton D. Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins. *Regards*. 2016;50(2):35-45

AUTRICES

Stéphanie Vandentorren¹, Aude Mondeilh²

1. Santé publique France

2. CERPOP, Université de Toulouse

Nous remercions pour leur relecture et leurs contributions : Nathalie Lydié, Noémie Soullier, Dorothée Grange, Pascale Bernillon, Valérie Deschamps, Aude D'Arco, Grégoire Deleforterie et Cyrille Delpierre.