

Inégalités sociales de santé

Thierry Lang



-Les inégalités sociales de santé

-Inégalités sociales et inégalités territoriales

-Stratégies de réduction

-Déterminants de santé

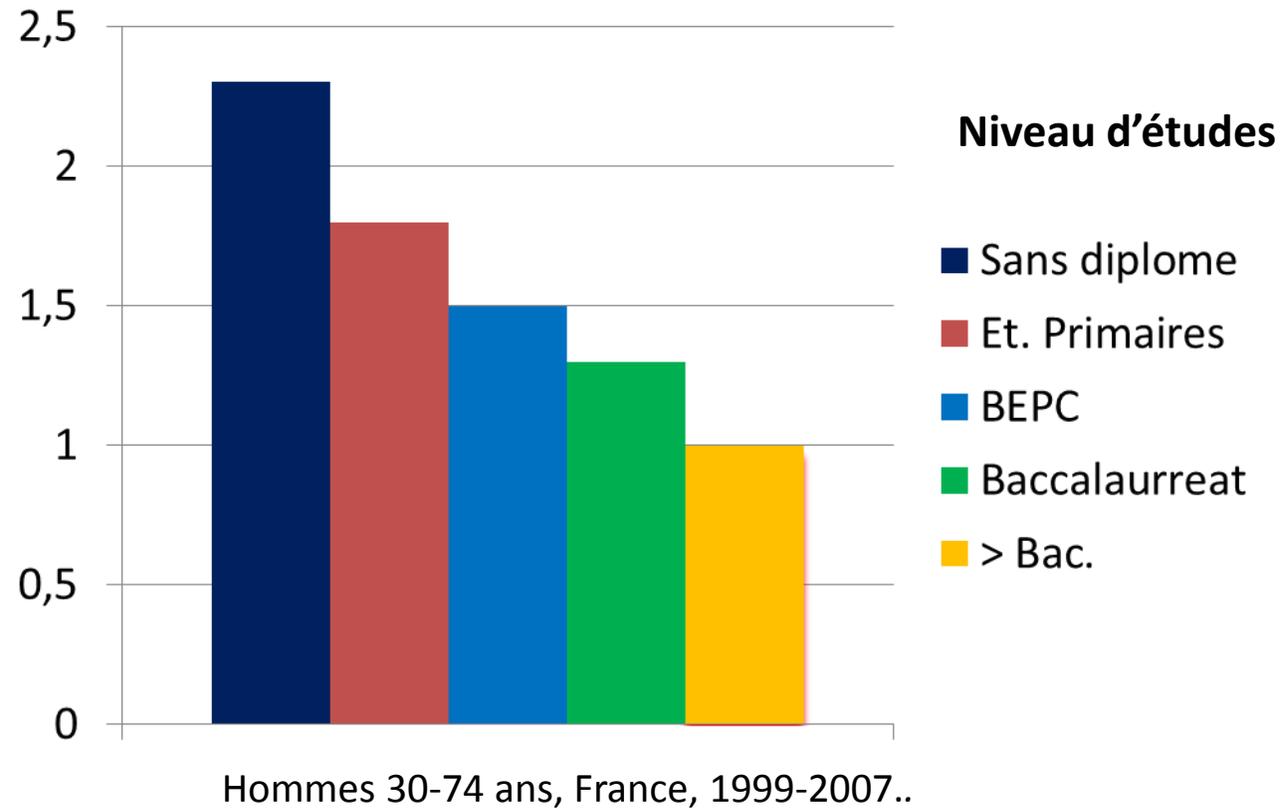
-Politiques publiques et interventions

Disparités de santé, inégalités de santé ?

Les disparités sociales de santé sont des inégalités

- ▶ évitables
- ▶ injustes
- ▶ socialement construites

Mortalité par cancer du poumon



Grande précarité, inégalités sociales de santé et gradient social de santé

Concrètement

- Personnes sans abri : **140 à 150.000**
- Chômeurs : taux de chômage 9,7% ; **3,7 millions** de personnes
- Travailleurs en emplois précaires (CDD, intérim, apprentissage) : **3,4 millions** de personnes

-Restent **plus de 50 millions** de français pour lesquels diffèrent:

Les revenus

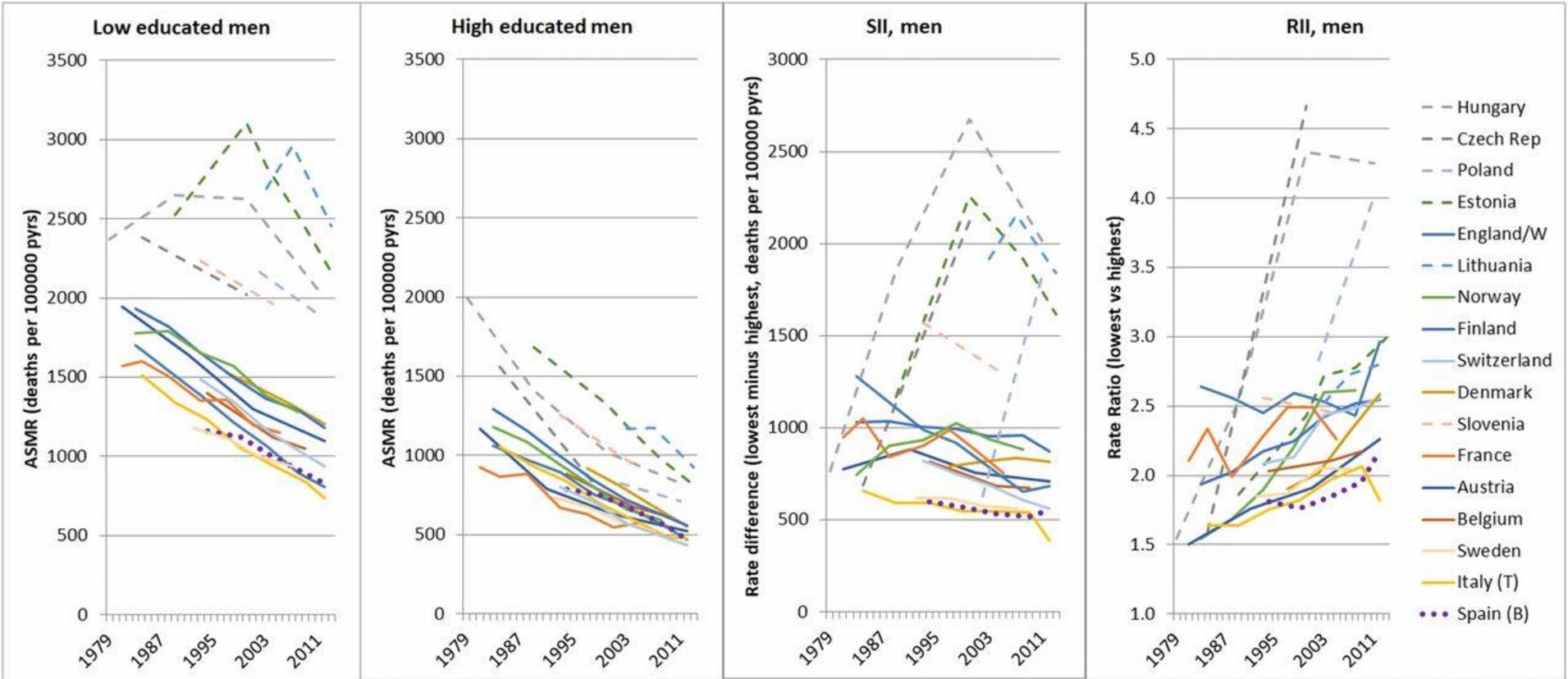
L'accès

aux services publics

à l'éducation

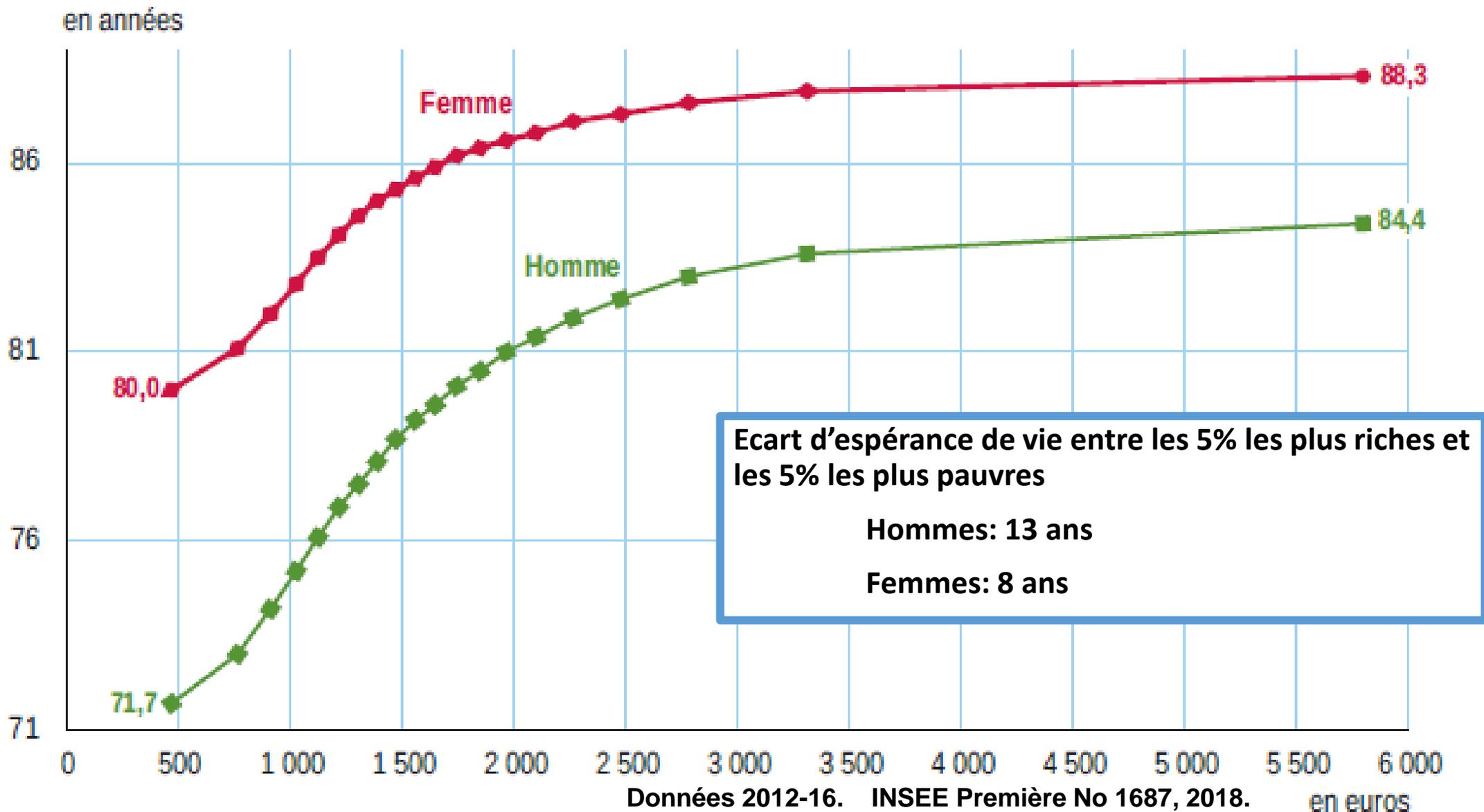
à la reconnaissance sociale

à un environnement, un urbanisme agréable et respectueux



Inégalités sociales de santé: quelques données

Espérance de vie à la naissance par sexe et niveau de vie mensuel



La double peine

A 35 ans,

Un ouvrier peut espérer vivre 24 sans incapacité

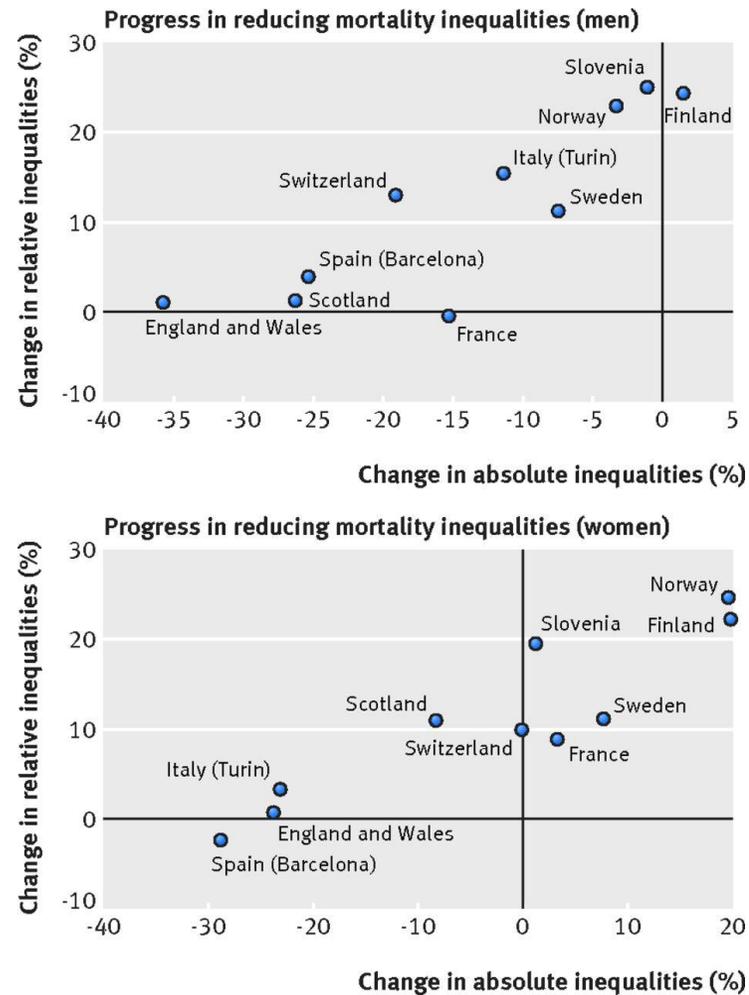
Un cadre peut espérer vivre 34 ans.

Le premier n'atteindra pas l'âge de la retraite (60 ans) sans incapacité,

le second bénéficiera de 9 ans de retraite sans incapacité

Source: Cambois E, Population et Société, 2008;441:1-4.

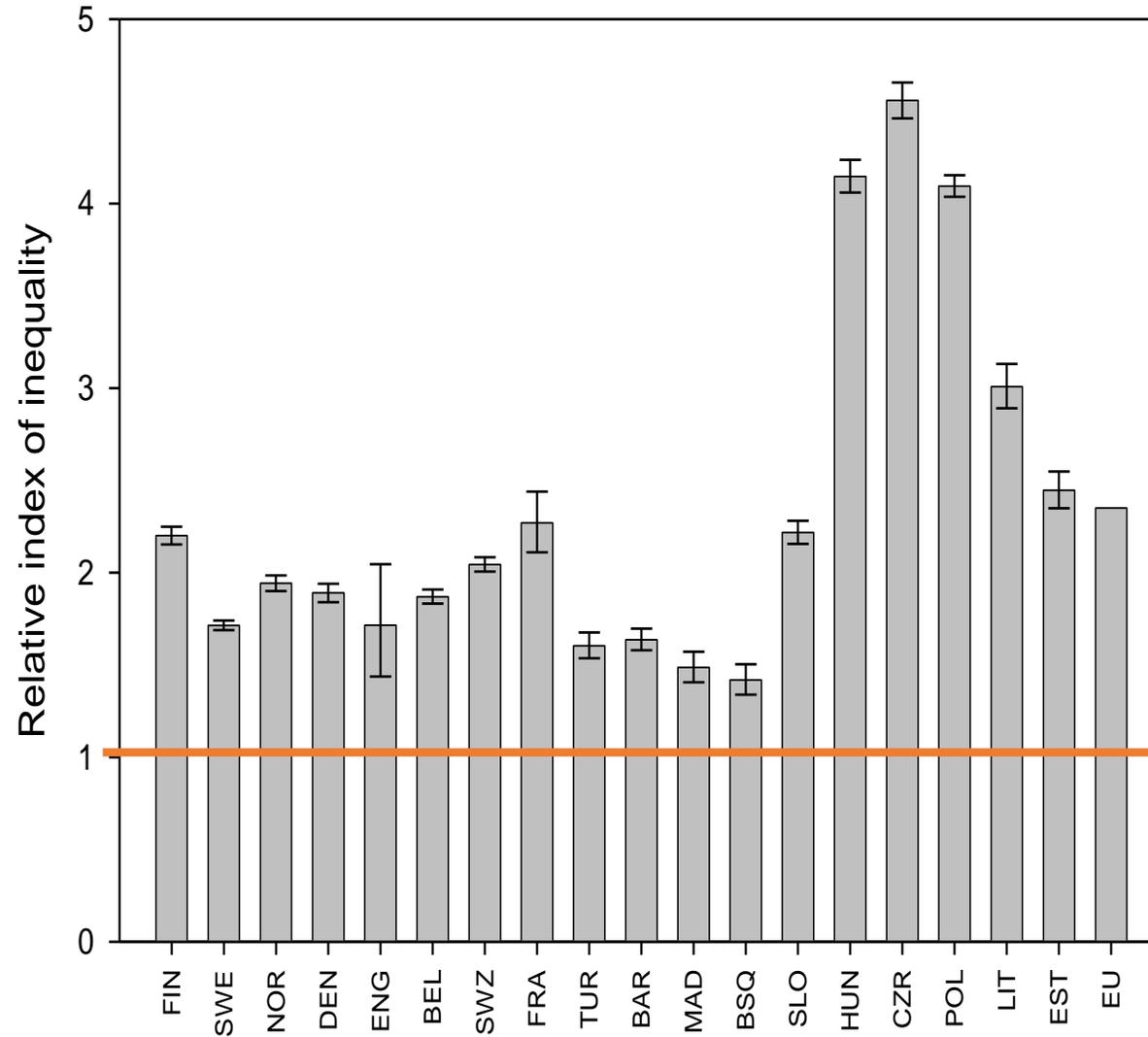
Fig 3 Changes in absolute and relative educational inequalities in all cause mortality in (A) men and (B) women, between 1990-94 and 2004-09.



Johan P Mackenbach et al. *BMJ* 2016;353:bmj.i1732



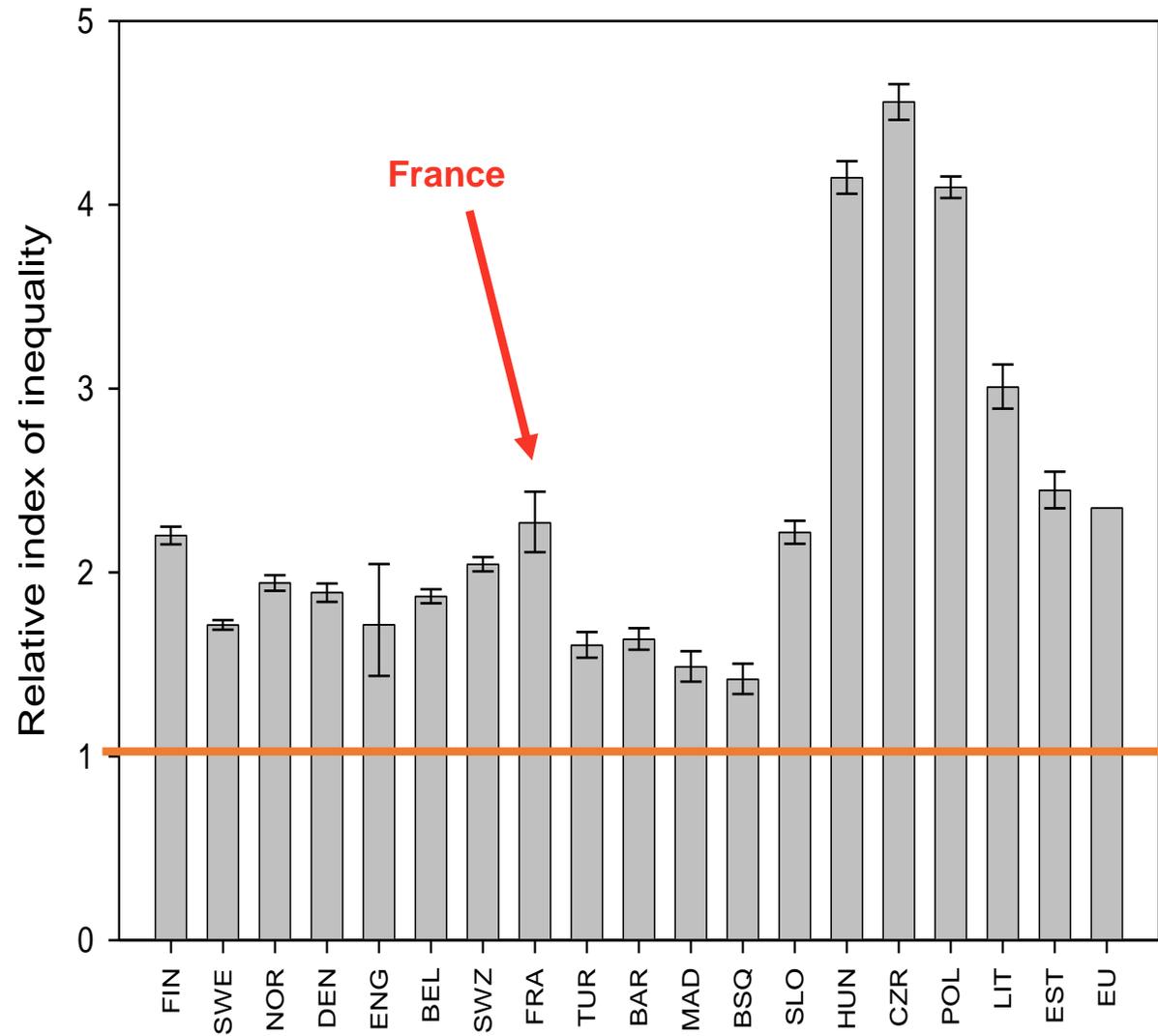
Relative inequalities in total mortality by level of education among men in 18 populations



Sources France: Ech. Dem. Perm., Mortalité 1990-99.

Mackenbach et al, , NEJM 2008

Relative inequalities in total mortality by level of education among men in 18 populations



Sources France: Ech. Dem. Perm., Mortalité 1990-99.

Mackenbach et al, , NEJM 2008



Inégalités sociales de santé: enjeux

-Les inégalités sociales de santé

-Inégalités sociales et inégalités territoriales

-Stratégies de réduction

-Déterminants de santé

-Politiques publiques et interventions

Rapport de risque de décès par région de résidence

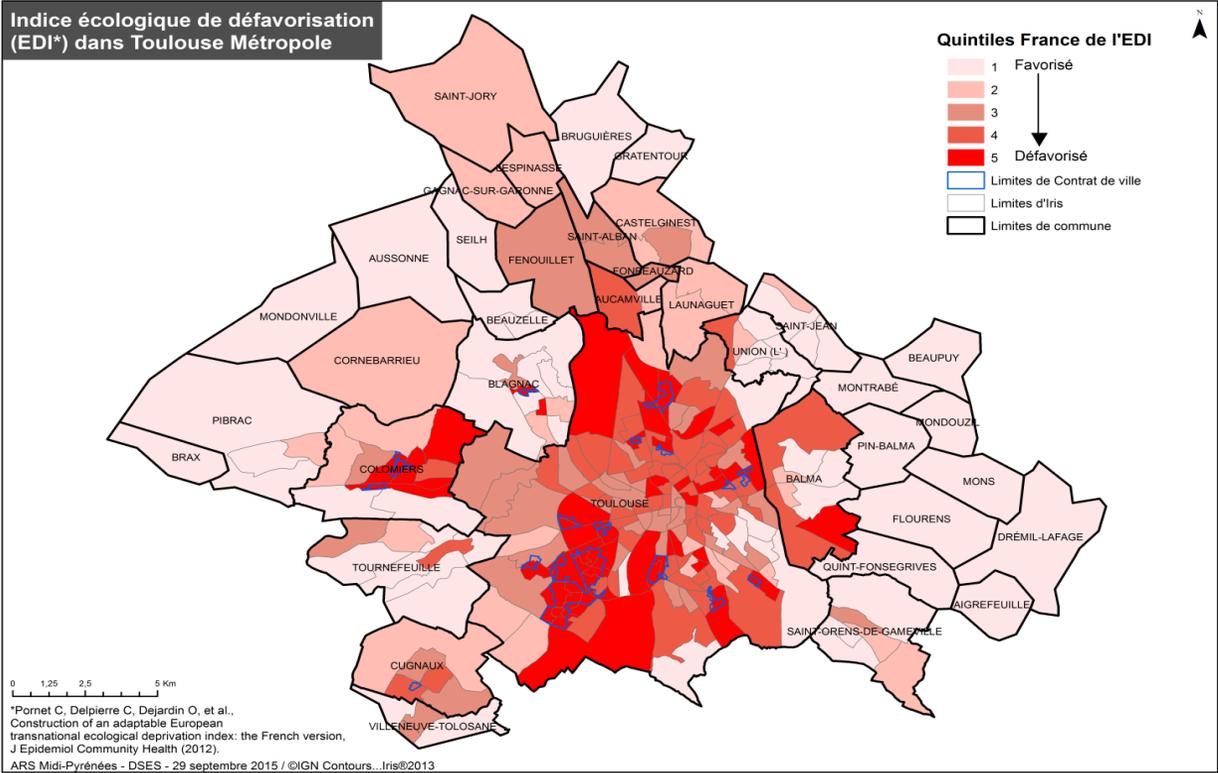
Occitanie	0,94
Pays de la Loire	0,95
.....	
Provence-Alpes- Côte d'Azur	1,00
Auvergne- Rhône-Alpes	Réf.
Île-de-France	1,06
.....	
Normandie	1,11
Hauts-de-France	1,14

Données 2012-16. INSEE Première No 1687, 2018.

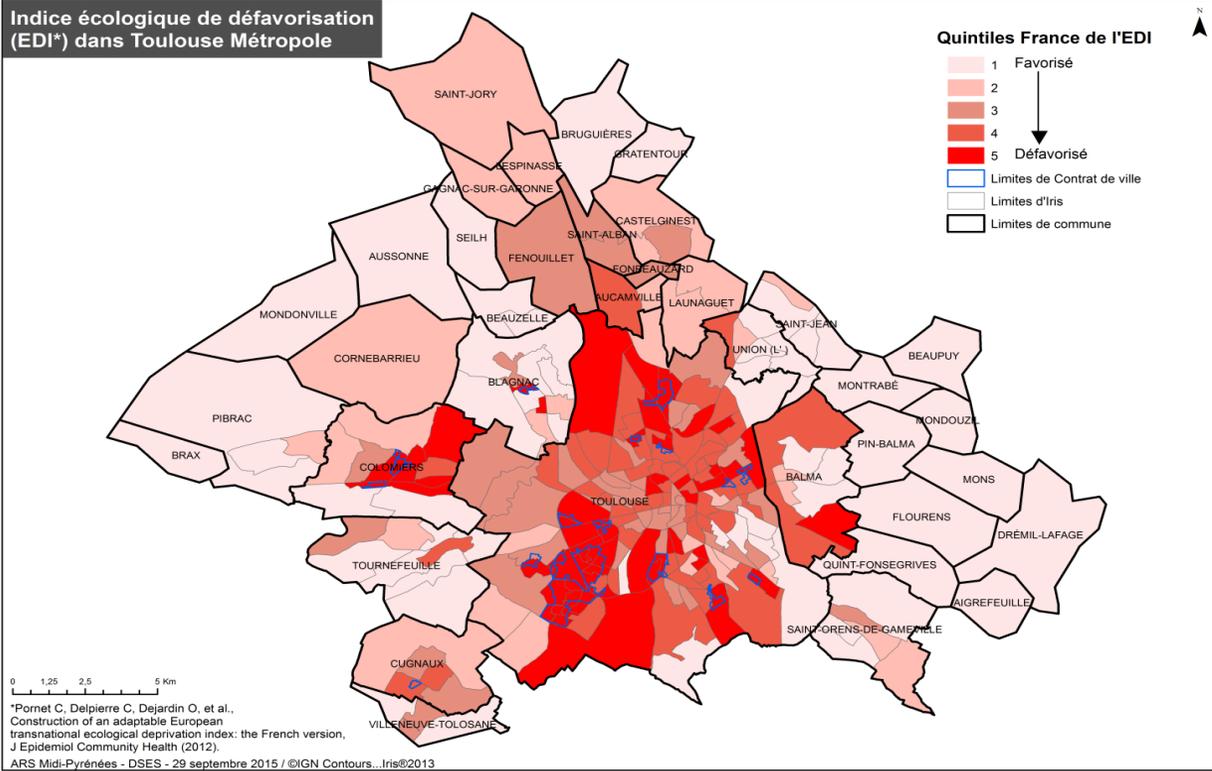
L'EDI à l'échelle IRIS dans Toulouse Métropole

IFERISS
Institut Fédératif d'Études et de
Recherche Interdisciplinaires
Santé Société

Apris

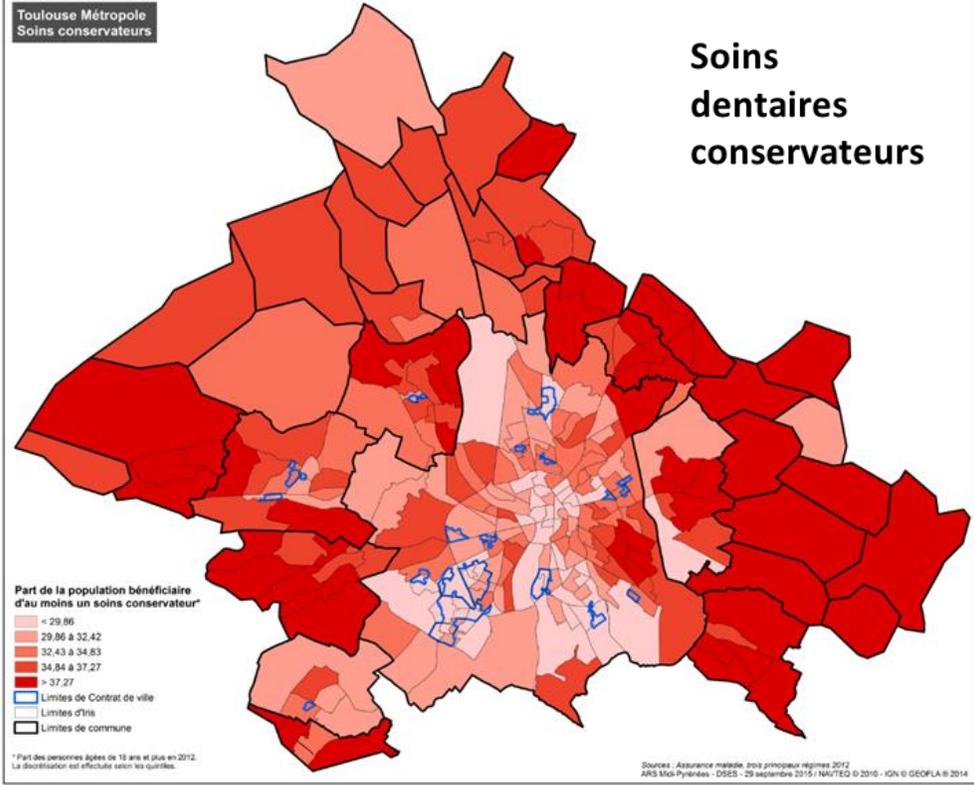


L'EDI à l'échelle IRIS dans Toulouse Métropole

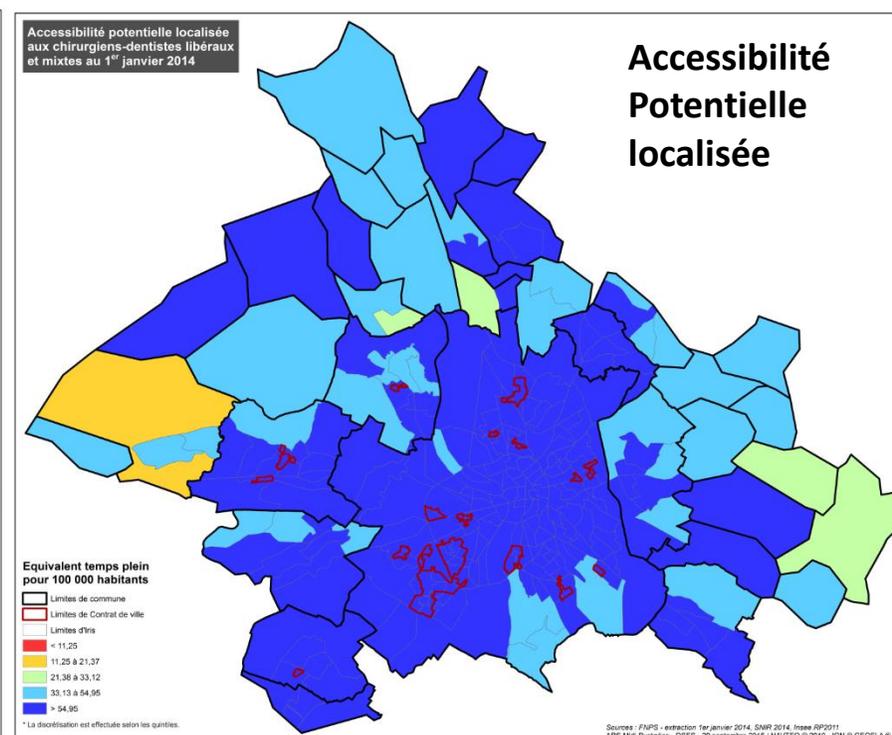
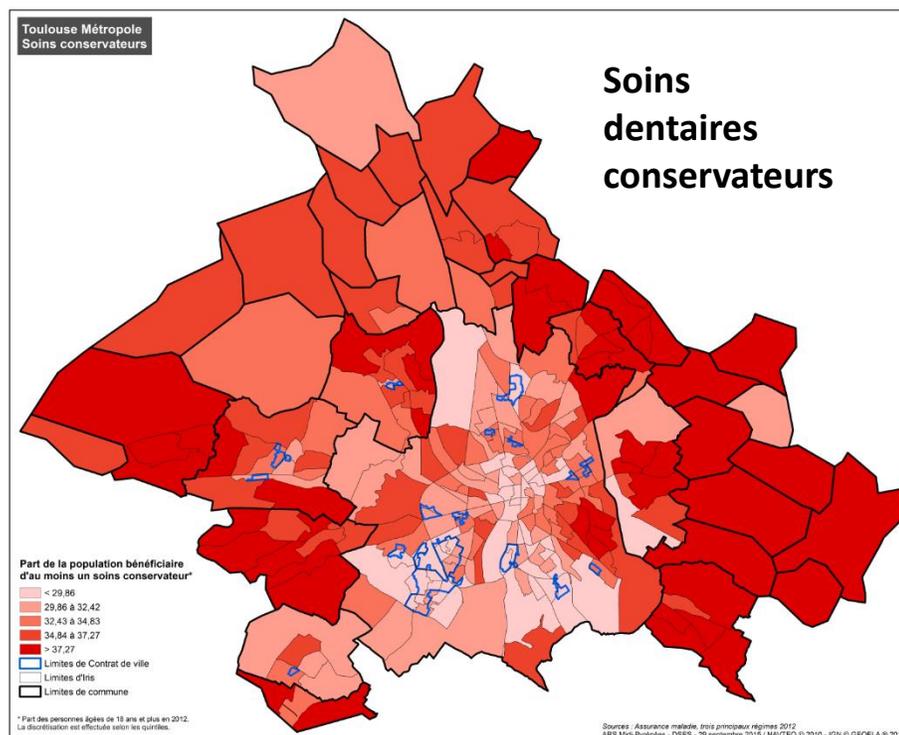


IFERISS
 Institut Fédératif d'Études et de Recherche des Intervilles pyrénéennes Santé Société

Ariris



APL et recours aux soins dentaires conservateurs

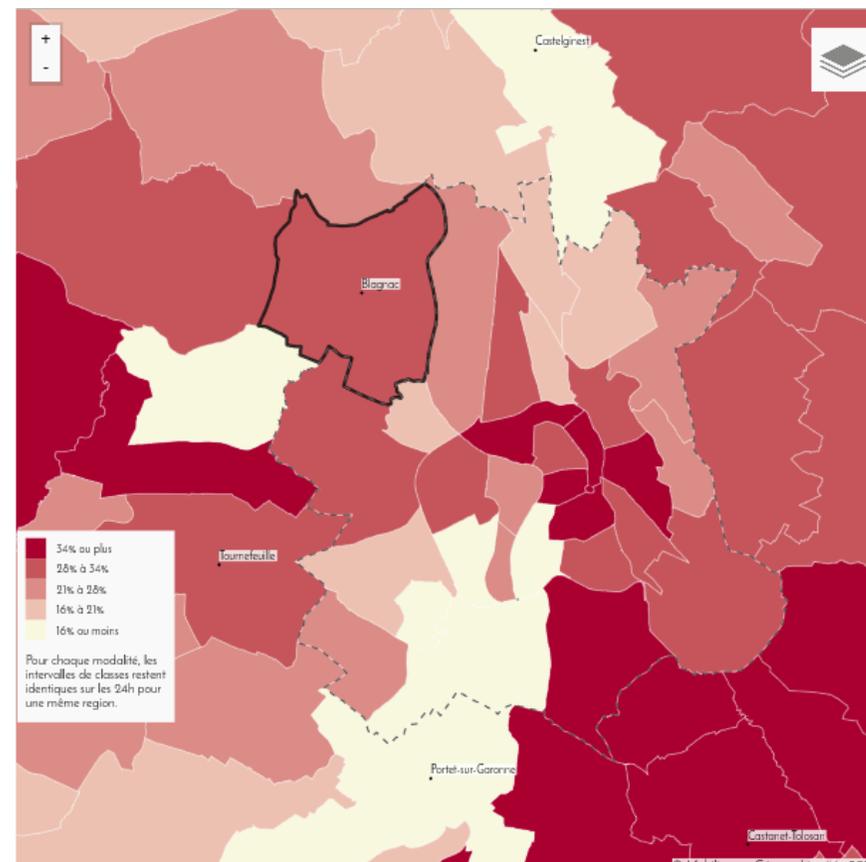
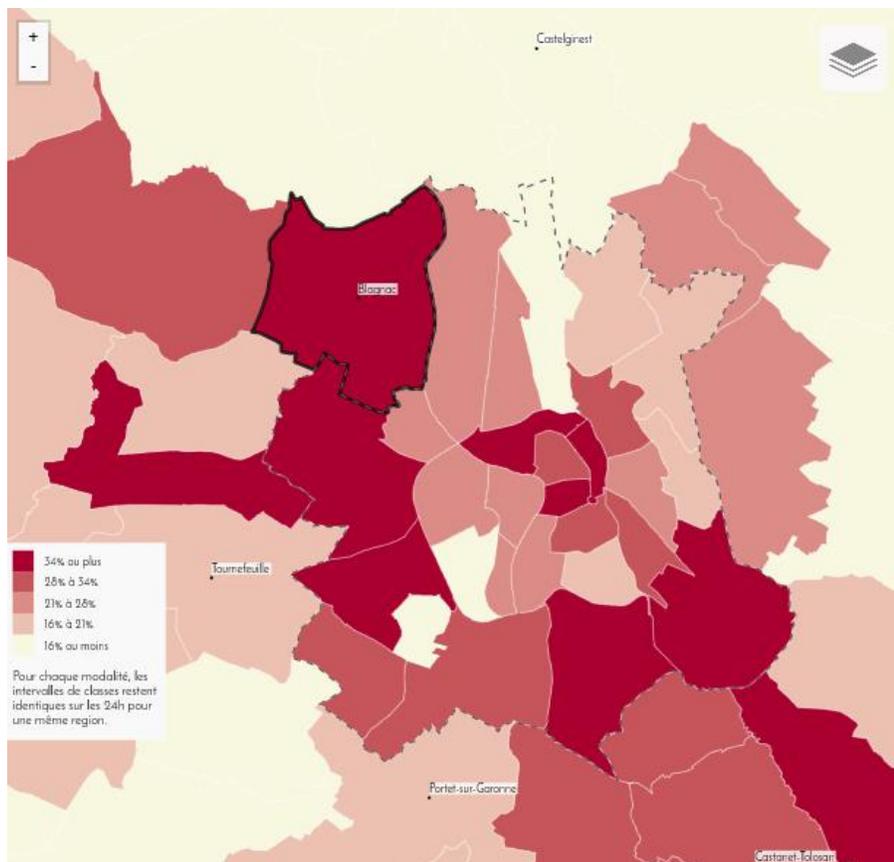


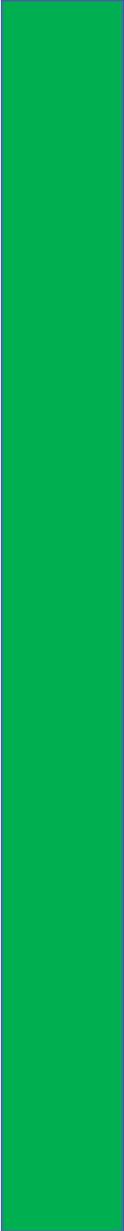
La ville au fil des heures

Pourcentage de cadres - Toulouse

14h

2h





Inégalités sociales de santé: enjeux

- Les inégalités sociales de santé
- Inégalités sociales et inégalités territoriales
- Stratégies de réduction**
- Déterminants de santé
- Politiques publiques et interventions

Réduire le gradient social de santé: vers un universalisme proportionné

Prise en compte du gradient de santé dans l'ensemble de la population et pas seulement les groupes les plus pauvres ou les plus exclus.

=> Universalisme proportionné

Met l'accent sur le fait que l'intensité des efforts de politiques publiques et d'interventions pourrait être modulée en fonction des besoins des populations et de leur état de santé

Rapport de la commission OMS (2008).

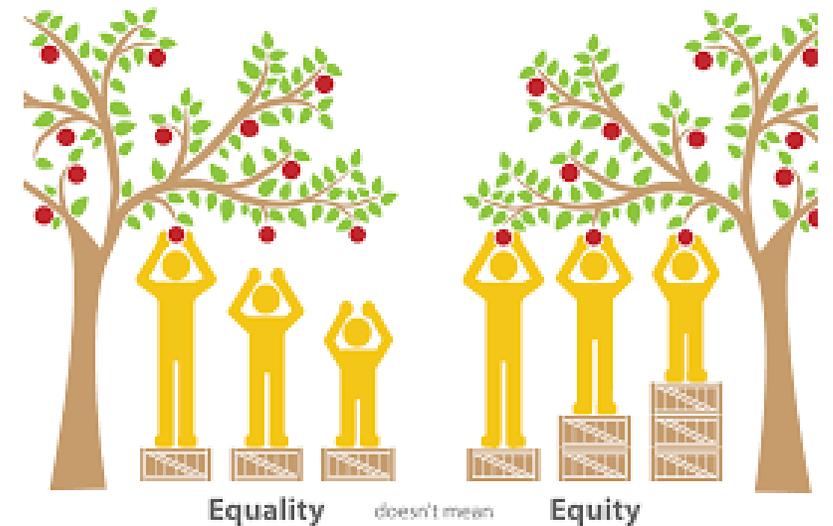


Schéma emprunté à C Marchandise

Quelles populations ?

Politiques dirigées vers
des populations
précaires ou
Prendre en compte le
gradient ?

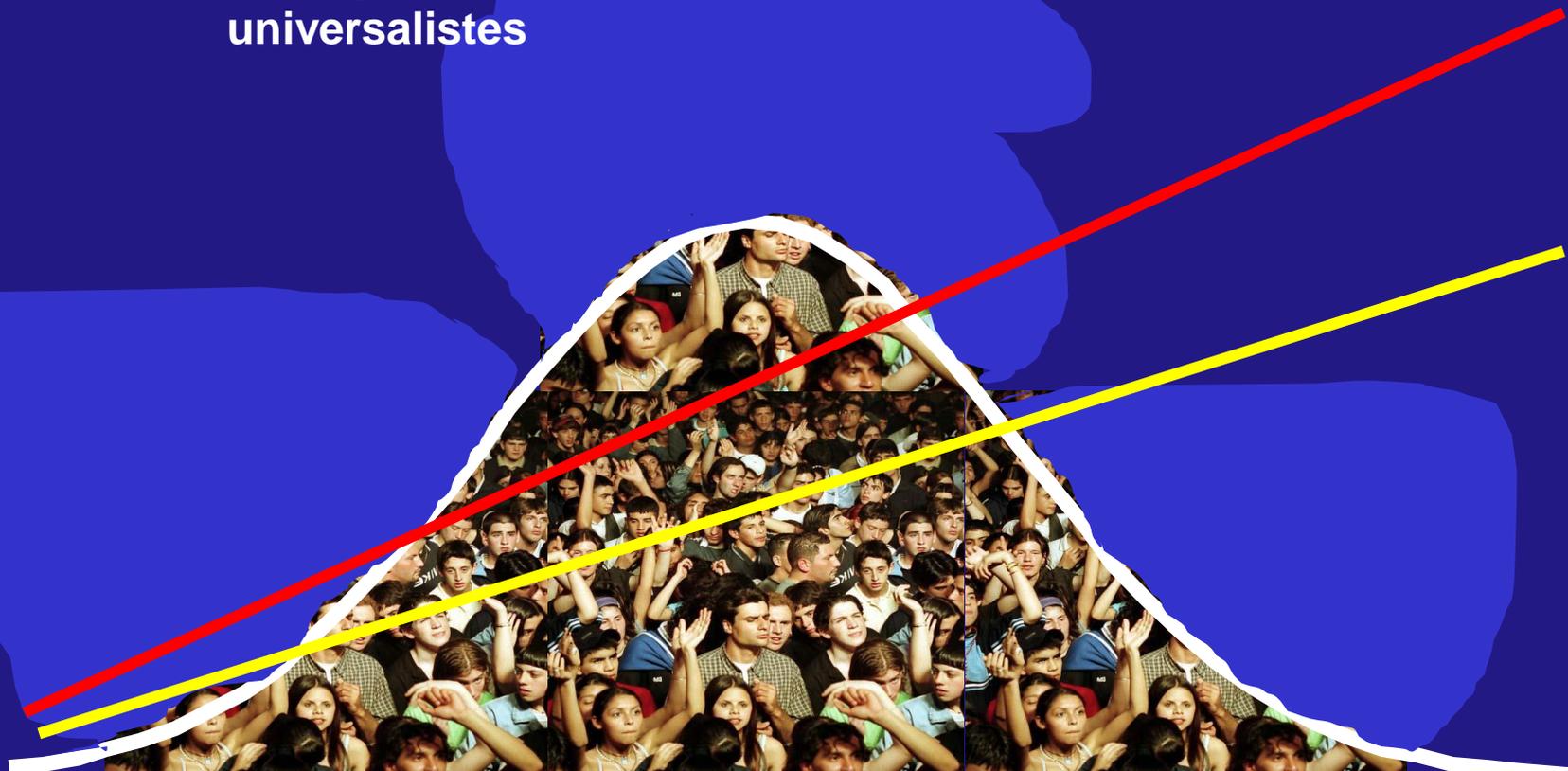
Fréquence



Revenus

Quelles populations ?

Politiques
universalistes



Quelles populations ?

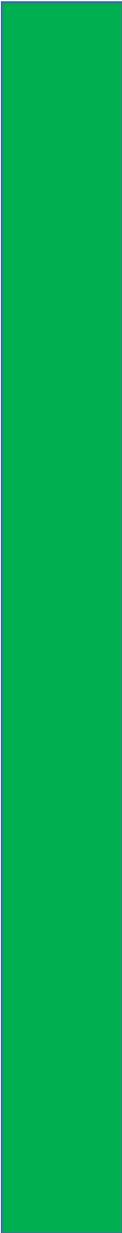
Politiques dirigées vers
des populations
précaires et ciblées



Quelles populations ?

Politiques de
l'universalisme
proportionné





Inégalités sociales de santé: enjeux

- Les inégalités sociales de santé
- Inégalités sociales et inégalités territoriales
- Stratégies de réduction
- Déterminants de santé**
- Politiques publiques et interventions

Déterminants de la santé

■ Explications biomédicales

→ Soins

→ Prévention « médicalisée »

■ Comportements

■ Déterminants socio-économiques de la santé

Explications matérialistes

→ revenus

→ facteurs physiques

→ facteurs chimiques

Explications psychosociales

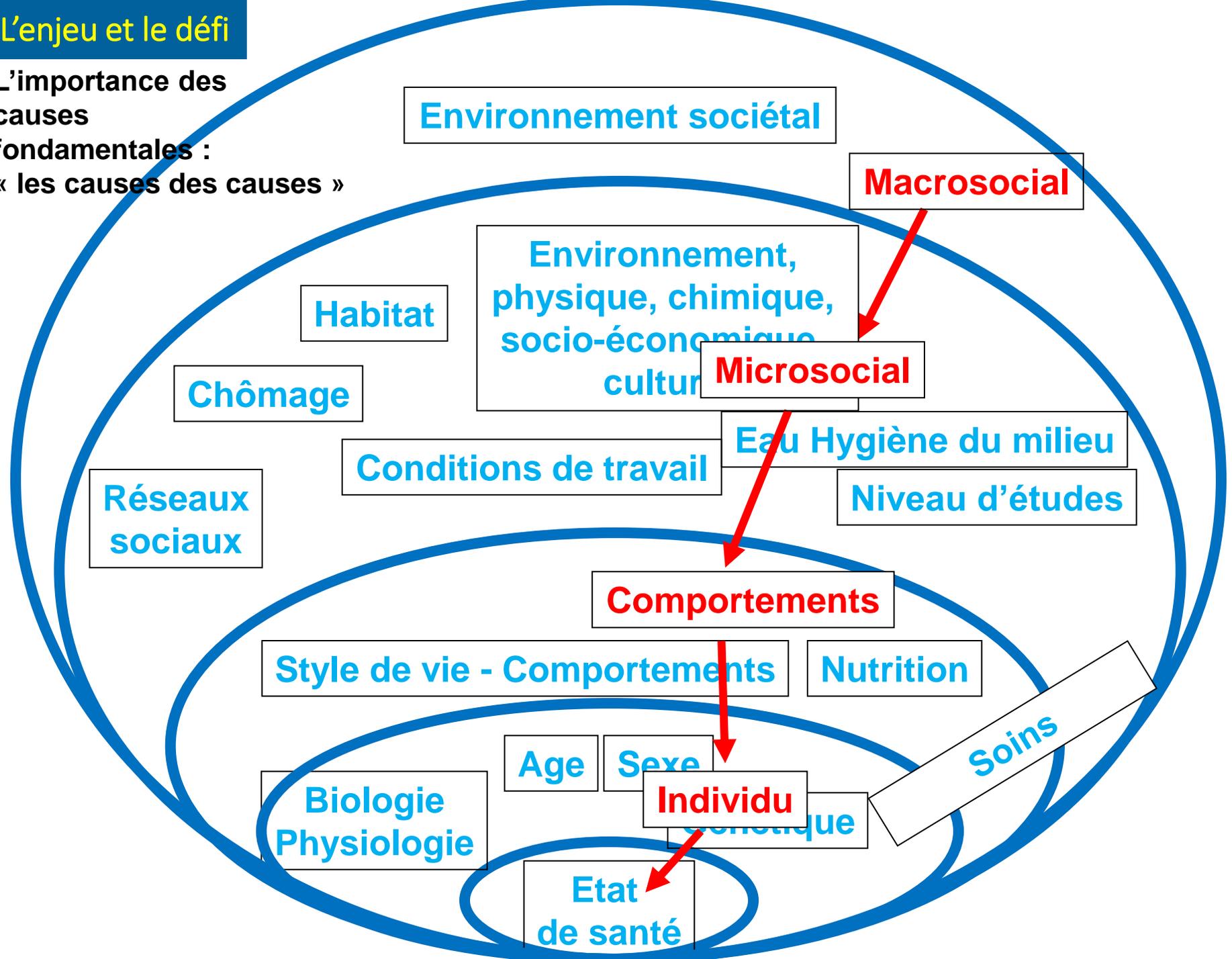
→ relations sociales

→ contraintes organisationnelles, hiérarchiques

→ mesures relatives

L'enjeu et le défi

L'importance des causes fondamentales : « les causes des causes »



Contributeurs au fardeau des maladies dans la région OMS Europe en 2002

Par ordre d'importance :

tabac

hypertension artérielle

abus d'alcool

hypercholestérolémie

surpoids

consommation insuffisante de fruits et légumes

sédentarité

drogues

maladies sexuellement transmissibles

anémie en fer

Contributeurs au fardeau des maladies dans la région OMS Europe en 2002

Par ordre d'importance :

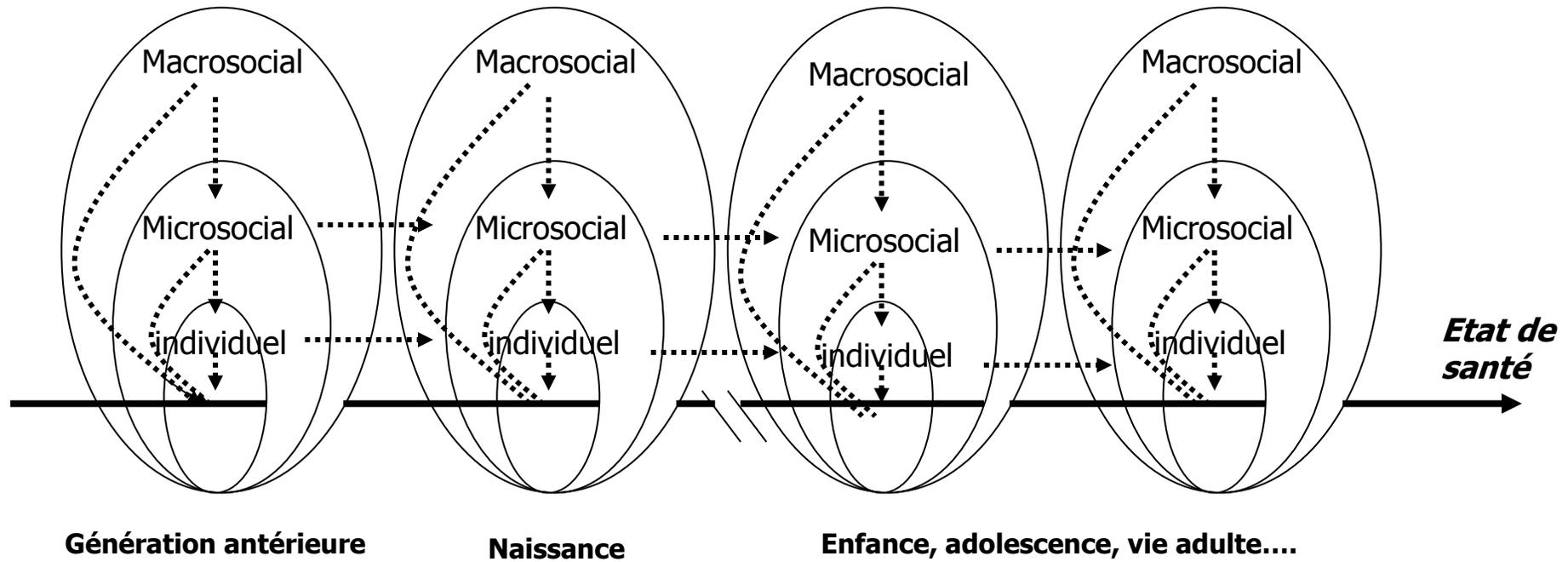
- tabac**
- hypertension artérielle**
- abus d'alcool**
- hypercholestérolémie**
- surpoids**
- consommation insuffisante de fruits et légumes**
- sédentarité**
- drogues**
- maladies sexuellement transmissibles**
- anémie en fer**

Abord par les causes fondamentales

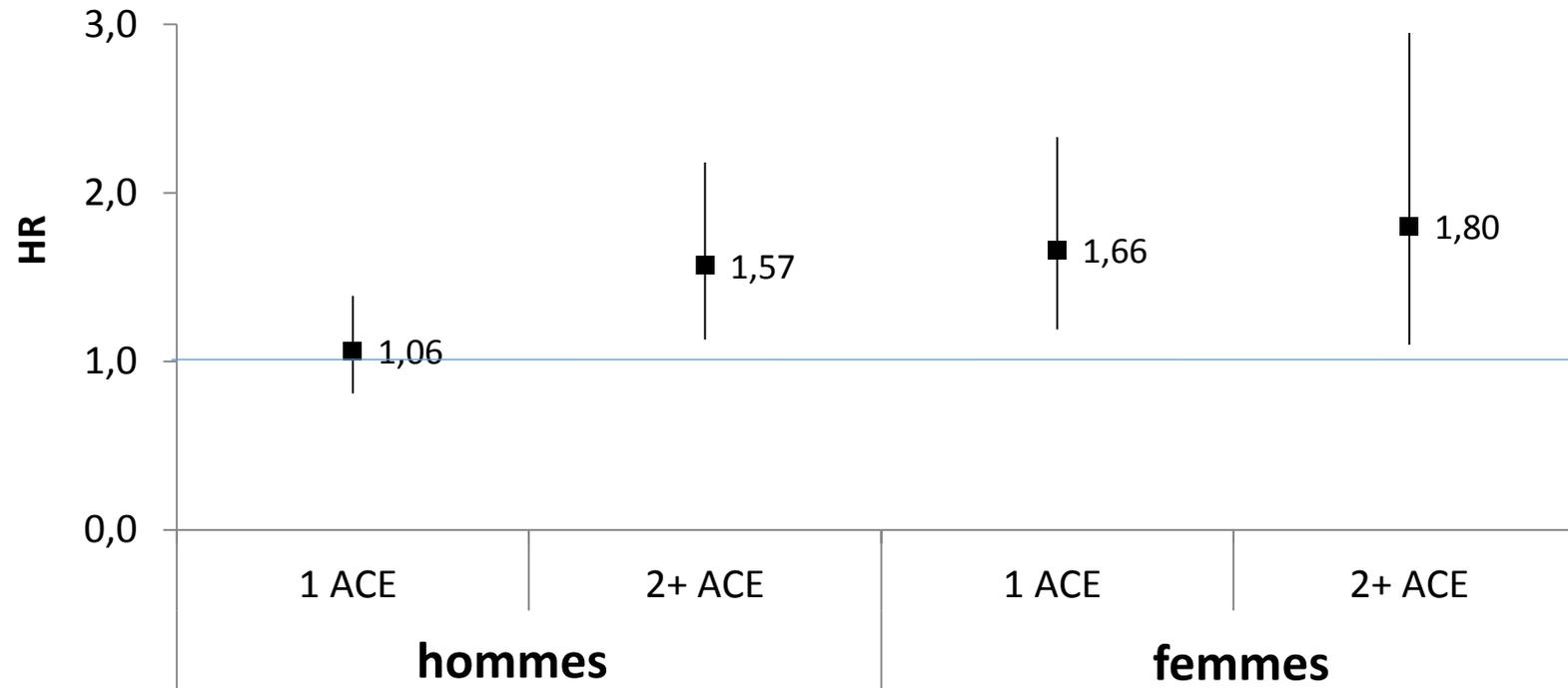
- inégalités de revenu**
- pauvreté,**
- risques liés au travail**
- manque de cohésion sociale**

Environnements au cours de la vie

L'enjeu et le défi



Association entre adversité durant enfance et mortalité avant 50 ans



- après ajustement sur variables de confusion et de médiation

L'incorporation biologique

- Des différences systématiques dans l'expérience de différents milieux sociaux conduisent à différents états biologiques et développementaux
- Ces différences sont stables et à long terme influencent la santé, le bien être, les apprentissages ...
- L'expérience pénètre sous la peau et de façon plus forte à certaines périodes de la vie, notamment les premières années

Hertzman, 2012

Une dynamique perpétuelle

- Entre le paysage environnemental passé et l'environnement présent
- « Coût à payer » pour l'adaptation à l'environnement

31

(Kelly-Irving et al, projet IBISS)

Les premières années: le rôle central du cerveau

Le cerveau est vulnérable et adaptable

Cible des stress physiques et psychosociaux

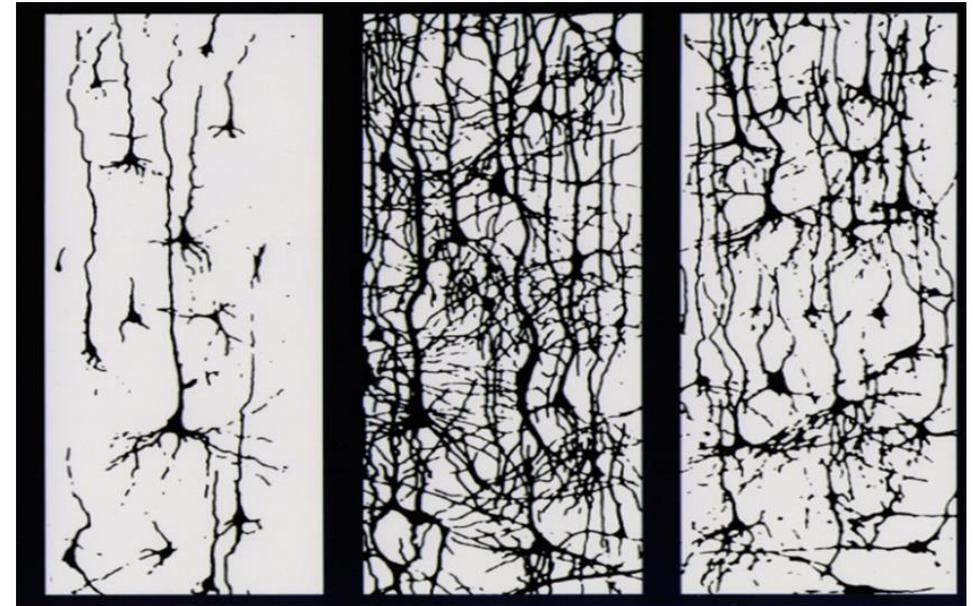
Change fonctionnellement et structurellement

- dans diverses zones cérébrales
- conséquences physiologiques, comportementales, mentales, cognitives

Données animales et humaines

Shonkoff et al; JAMA 2009;301:2252-9

Noble KG et al. Nature Neuroscience 2015;18:773-80



Naissance

6 ans

14 ans

- L'architecture du cerveau est déterminée par les expériences
- Une surproduction de synapses est suivie d'une élimination du surplus ou du redondant (700 synapses sont formées par seconde pendant les premières années de la vie)



Inégalités sociales de santé: enjeux

- Les inégalités sociales de santé
- Inégalités sociales et inégalités territoriales
- Stratégies de réduction
- Déterminants de santé
- Politiques publiques et interventions**

Quelques constats sur les interventions de réduction des inégalités sociales de santé

Les déterminants sont

Multiples

Agissent tout au long de la vie

Concernent l'ensemble de la population

=> effet de chacun partiel

Temporalités multiples

Enchainements de causalité:

=> choix, débat

Problème philosophique fondamental:

=> place de la responsabilité individuelle

Quelques constats sur les interventions de réduction des inégalités sociales de santé

Les innovations, les actions de prévention qui ne prennent pas en compte les inégalités sociales de santé contribuent souvent à les aggraver

**Le modèle biomédical s'élargit aux déterminants sociaux
=> santé dans toutes les politiques**

**Le gradient social de santé est continu
=> ciblage difficile**

Quelles pistes ?

Agir sur les facteurs fondamentaux

dès l'enfance en favorisant l'accès aux ressources : revenu, éducation, pouvoir

Réduire l'exposition

des groupes de faible niveau socio-économique aux risques auxquels ils sont surexposés (conditions de travail, habitat, comportements...)

Favoriser l'accès à un système de soins

qui réduise les inégalités sociales de santé qui sont déjà présentes

Réduire les conséquences d'une atteinte à la santé sur la situation sociale

D'après J Kemm et al. Health Impact Assessment, Oxford UP, 2004)

Enfance et pauvreté

Rapport UNICEF France

- 9.000 enfants vivent dans des bidonvilles
- 30.000 sans abri
- 140.000 quittent l'école chaque année
- 3 millions d'enfants sous le seuil de pauvreté
- De 2008 à 2012: le nombre d'enfants vivant sous le seuil de pauvreté a augmenté de 440.000.
- 10.000 enfants migrants non accompagnés

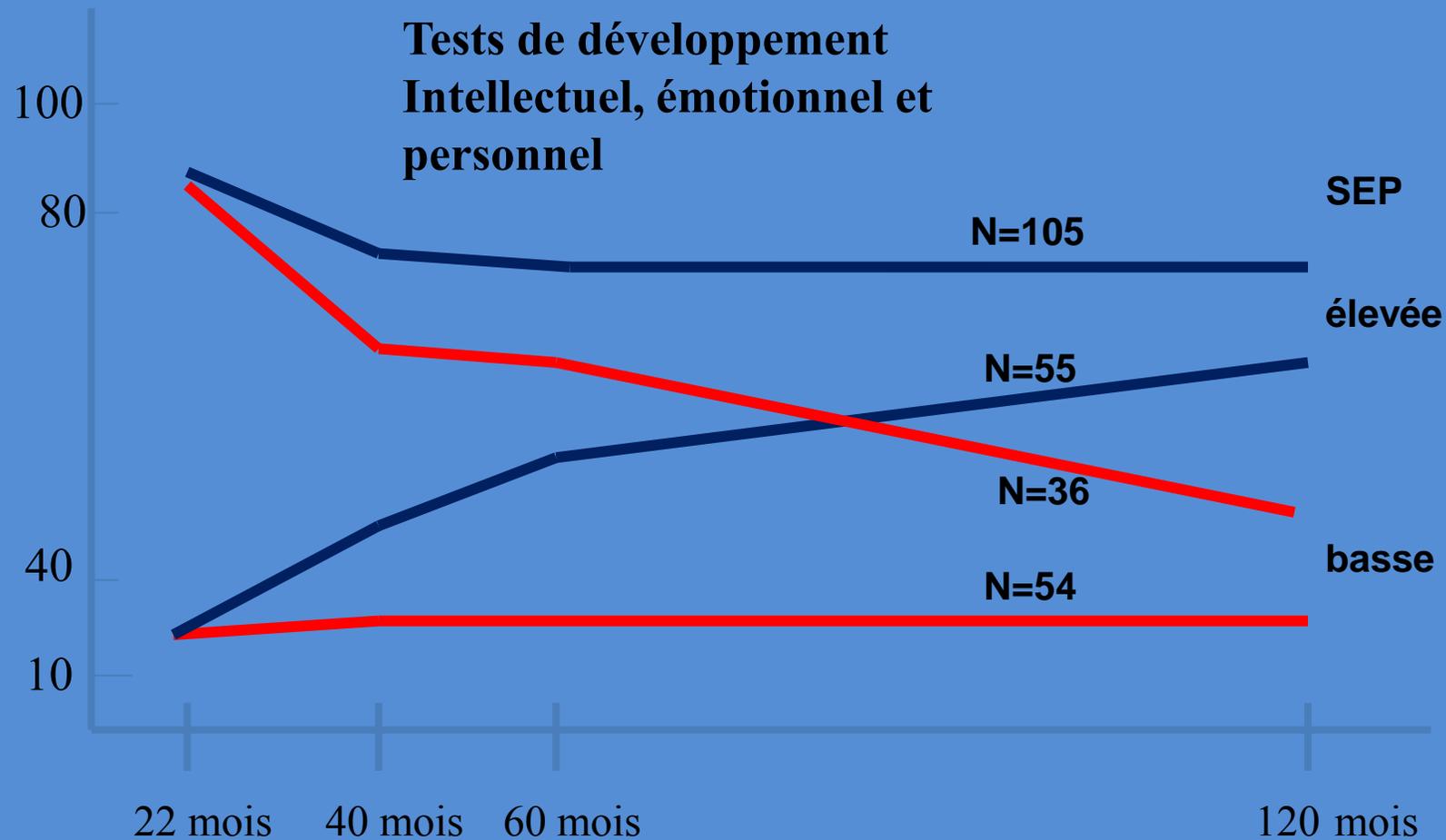
Lancet 2015;385:2434.

Très modeste baisse de la pauvreté en 2013:

- le taux de pauvreté (60% de la médiane) passe de 14,3 en 2012 à 14,0% en 2013
- Chez les enfants de moins de 18 ans, baisse de 20,4 % en 2012 à 19,6% en 2013

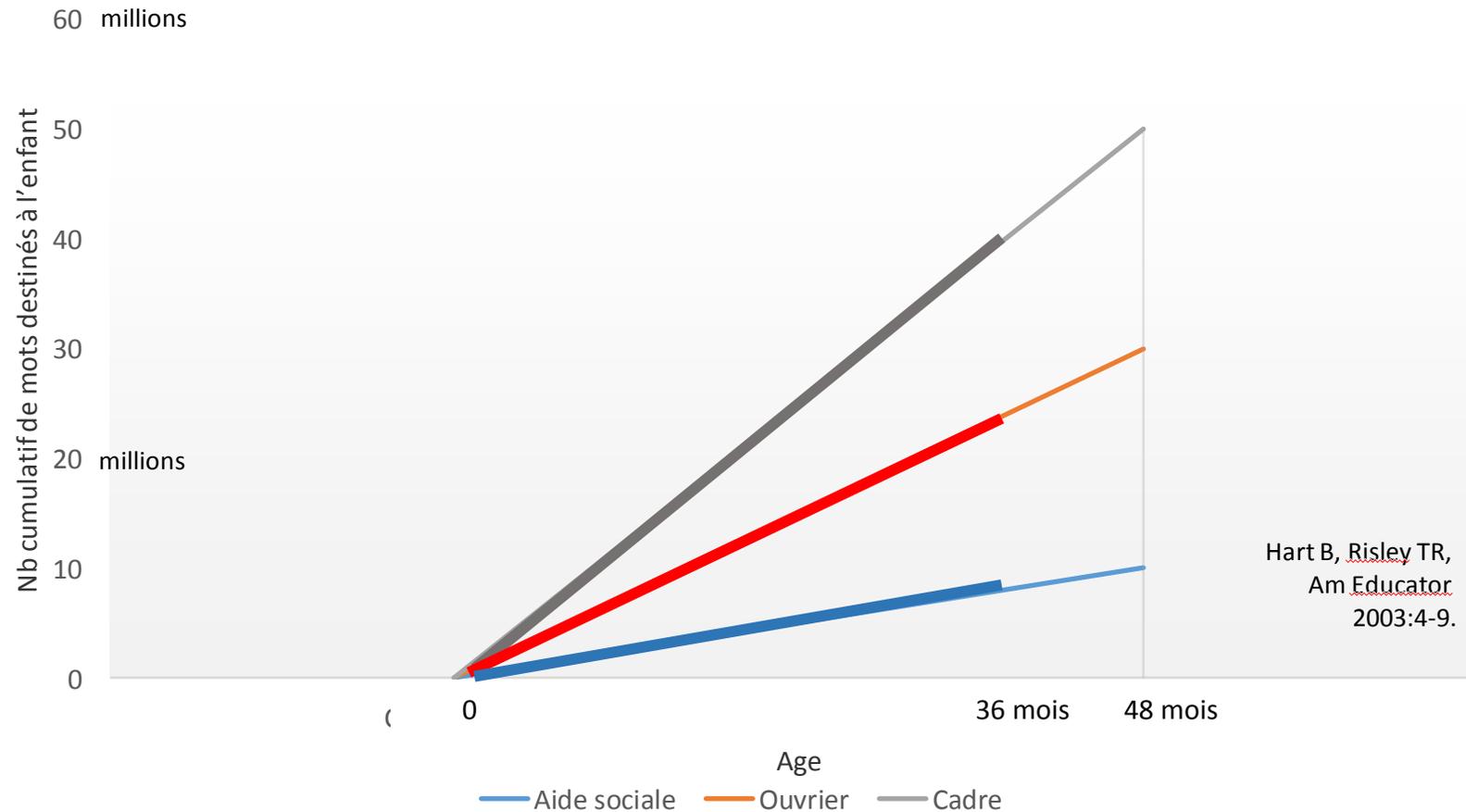
Boiron, 2015

Rangs moyens de tests selon la position socio-économique (SEP) des parents et le rang initial



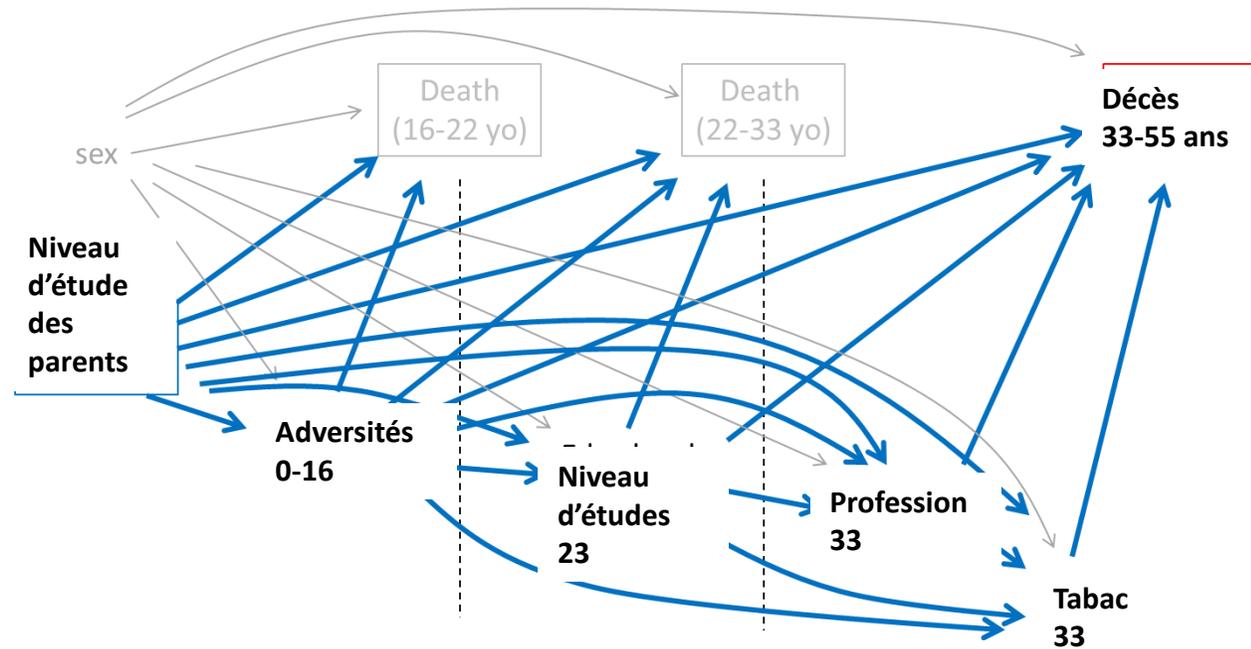
Sources: British Cohort Survey. Feinstein L, 2003

Nombre de mots destinés à l'enfant selon les groupes sociaux



*Etude longitudinale, 42 familles et enfants
Suivi 2 ans et demi – De 6 mois à 3 ans*

Politiques au début de la vie, à l'âge adulte?



Cibler le niveau d'études des parents et ce qu'il recouvre

Réduction de la mortalité prématurée (avant 55 ans)

*Mortalité avant
l'âge de 55 ans
=4.47%*

Si une intervention réduisait de moitié le niveau de

Faible niveau d'étu
desParents
= 0.43%

Adversité
dansl'enfance
= 0.17%

Faible niveau
d'études
= 0.28%

Tabagisme
= 0.39%

Quelles pistes ?

Agir sur les facteurs fondamentaux

dès l'enfance en favorisant l'accès aux ressources : revenu, éducation, pouvoir

Réduire l'exposition

des groupes de faible niveau socio-économique aux risques auxquels ils sont surexposés (conditions de travail, habitat, comportements...)

Favoriser l'accès à un système de soins

qui réduise les inégalités sociales de santé qui sont déjà présentes

Réduire les conséquences d'une atteinte à la santé

sur la situation sociale

D'après J Kemm et al. Health Impact Assessment, Oxford UP, 2004)

Modèles théoriques

Mécanismes:

► Exposition différentielle

- NO₂ et indices de pauvreté dans des centres urbains en Europe
(*Eurohealthy, Samoli et al. Envir Pollution 2019;249:345-53*)
- Exposition aux sources de pollution industrielles
- Accès aux espaces verts
- Insécurité énergétique
- Indices géographiques de déprivation

(*Environnemental health inequalities in Europe. WHO Europe, 2nd assessment report, Geneva, 2019.*)

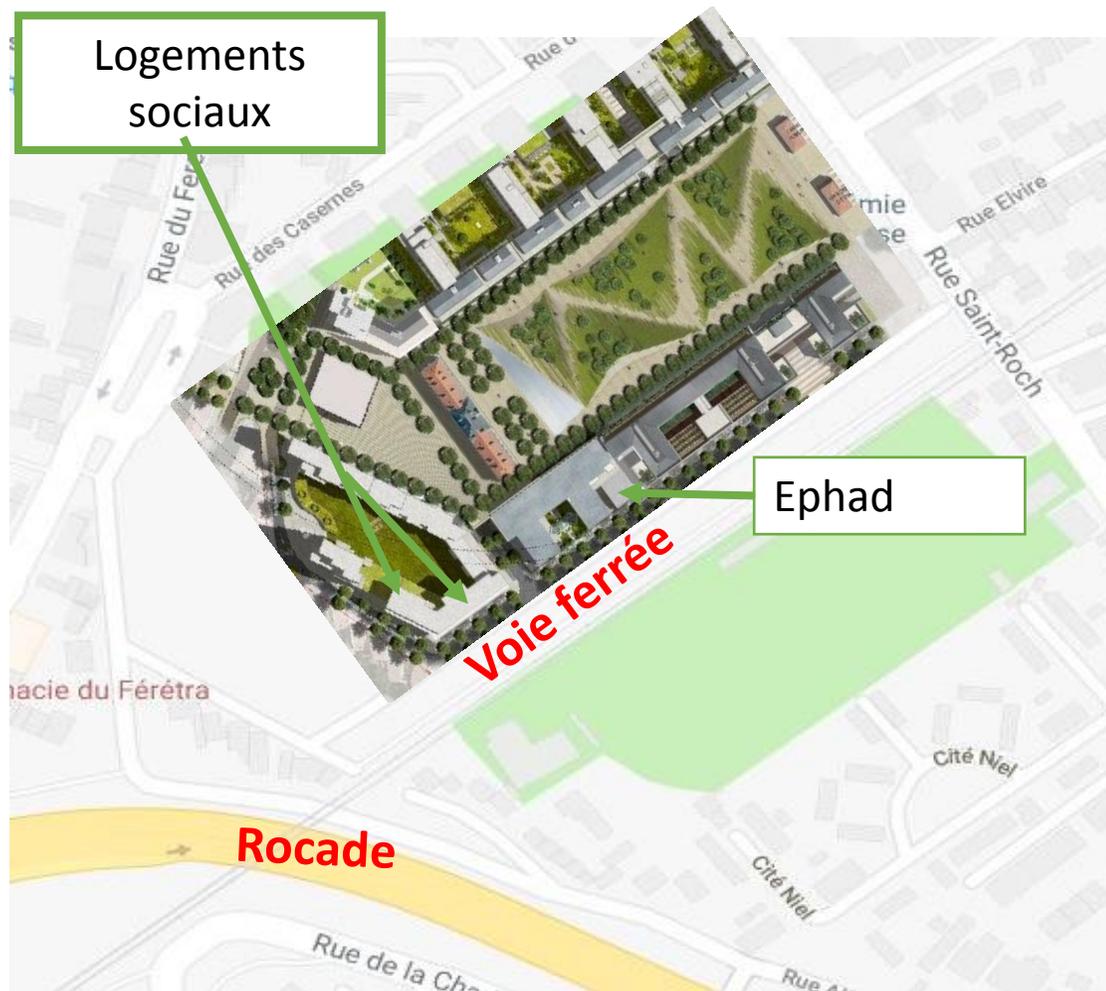
► Vulnérabilité

Deguen S, Zmirou D. ADSP. 2010 ;No73 :27-28.

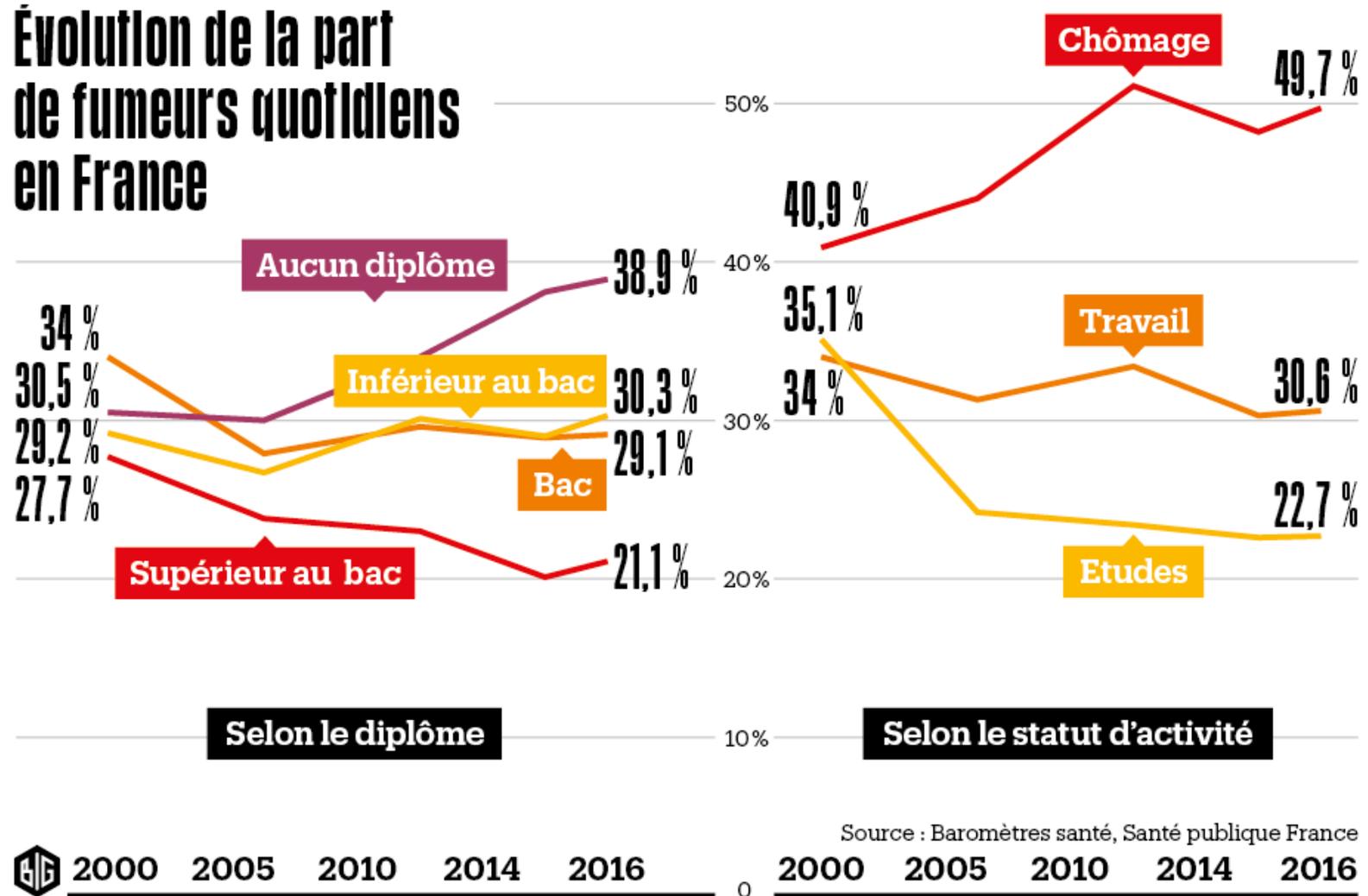


L'URBANISME/ SON IMPACT SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

❖ LES INÉGALITÉS SOCIALES



Évolution de la part de fumeurs quotidiens en France



Source : Baromètres santé, Santé publique France



Quelles pistes ?

Agir sur les facteurs fondamentaux

dès l'enfance en favorisant l'accès aux ressources : revenu, éducation, pouvoir

Réduire l'exposition

des groupes de faible niveau socio-économique aux risques auxquels ils sont surexposés (conditions de travail, habitat, comportements...)

Favoriser l'accès à un système de soins

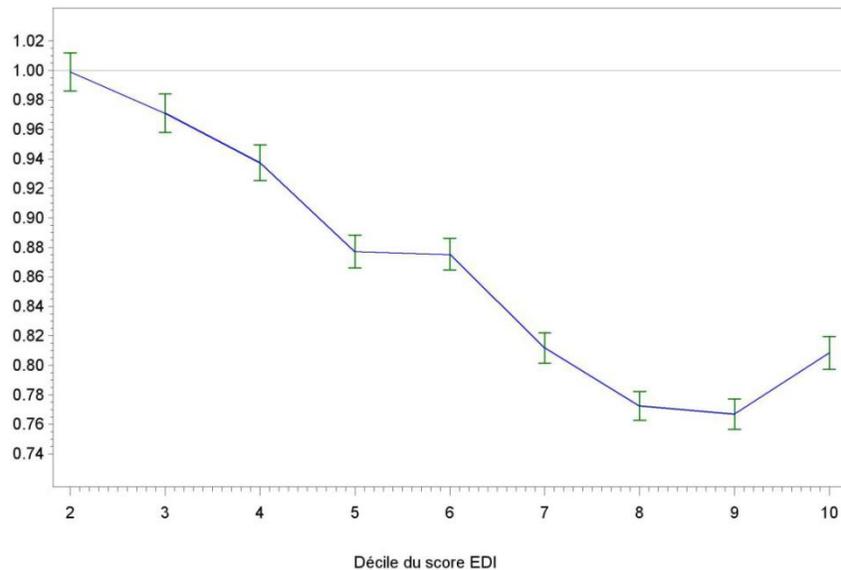
qui réduise les inégalités sociales de santé qui sont déjà présentes

Réduire les conséquences d'une atteinte à la santé sur la situation sociale

D'après J Kemm et al. Health Impact Assessment, Oxford UP, 2004)

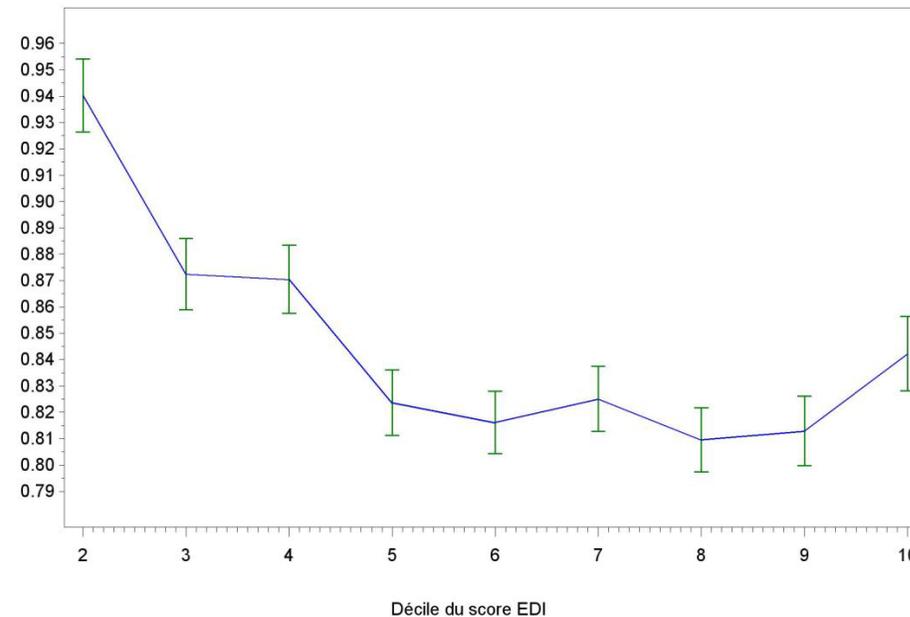
Soins et défavorisation

Odds-ratio "Consultations chez un médecin généraliste (au moins 1 consultations ou 1 visite)"
GENE2



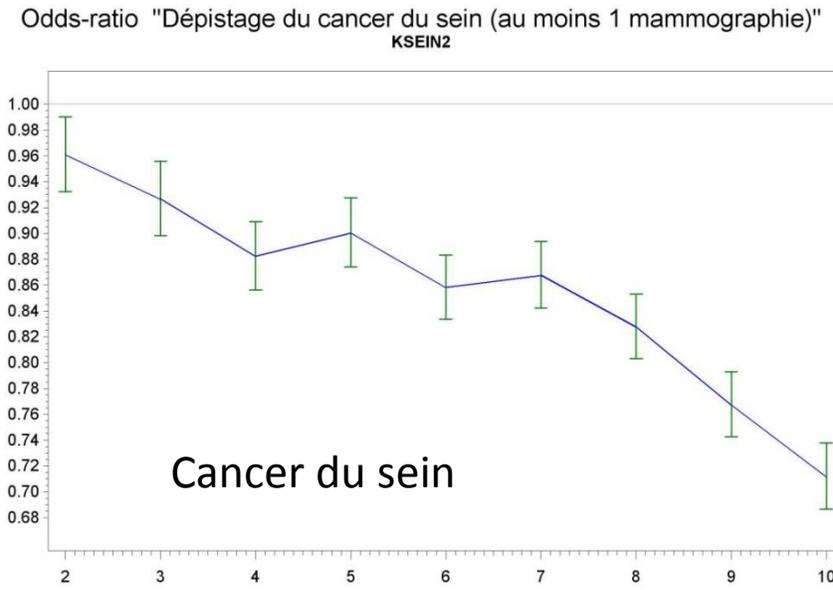
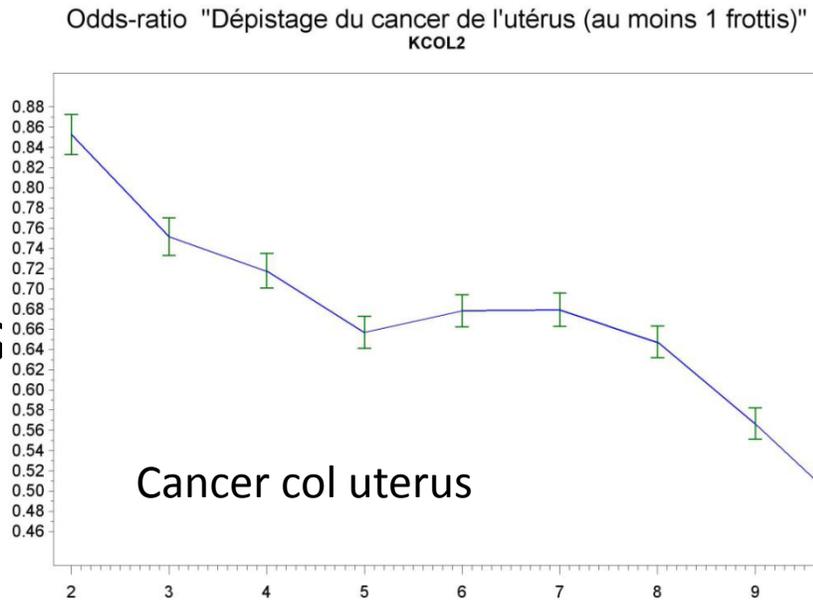
Défavorisation croissante ->

Odds-ratio "Consultations chirurgien-dentiste (au moins 1)"
DENTC2

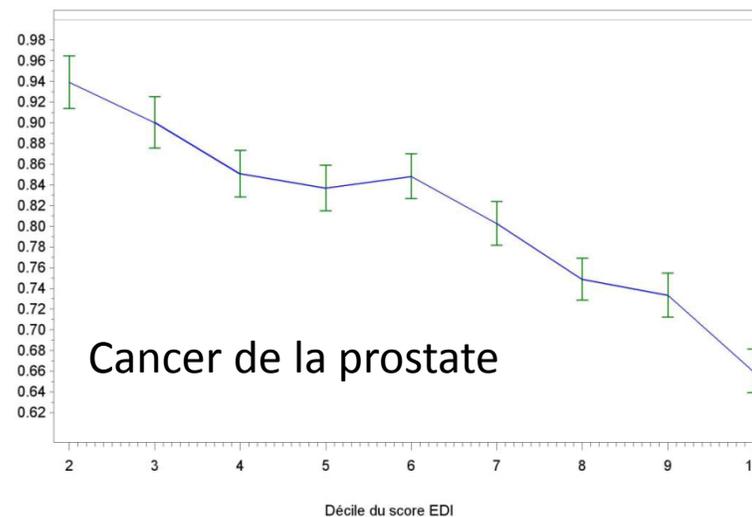


Défavorisation croissante ->

- Dépis



Décile du score EDI Odds-ratio "Dépistage du cancer de la prostate (au moins 1 dosage PSA)"
KPROST2



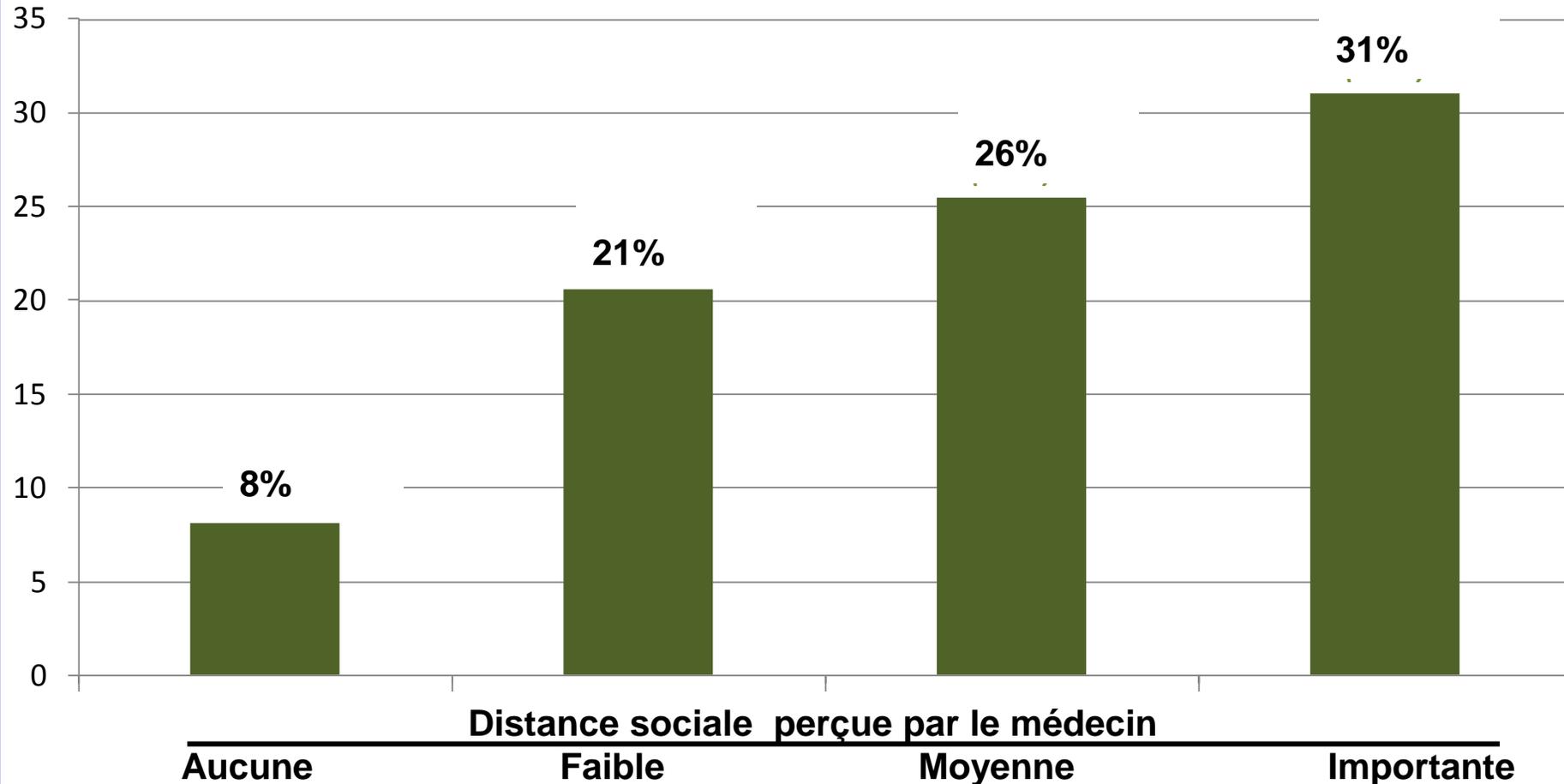
Dépistages
et
défavorisation

Données préliminaires: Partenariat ARS Midi-Pyrénées, Assurance Maladie MIP, Iféris, UMR1027 Inserm-Université de Toulouse et ORS-MIP. 2014

Accès secondaire aux soins

Patients dont l'état de santé perçue est surestimé par le médecin

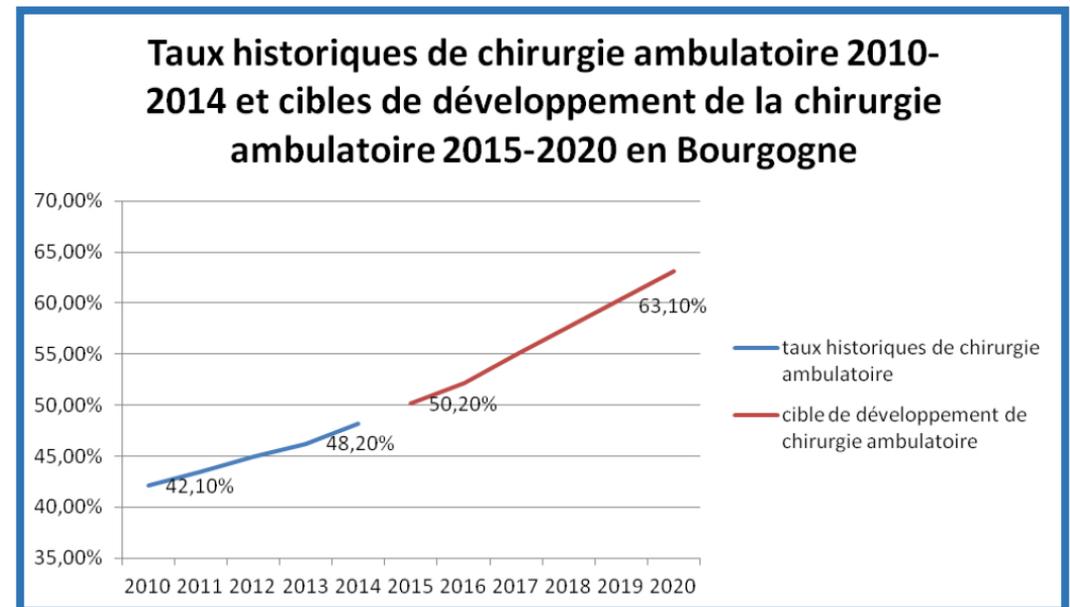
n=503



Source: Etude INTERMEDE. Schieber, J Patient Educ Counselling, 2012, in press.

Virage ambulatoire et risque d'accroissement des inégalités

- sociales
- territoriales
- de genre



Quelles pistes ?

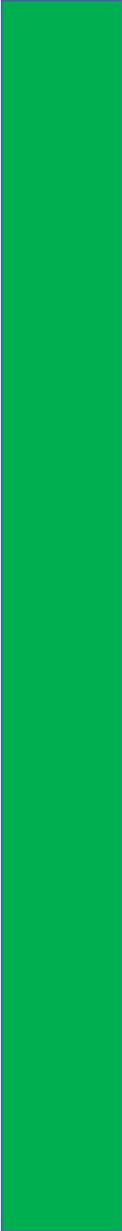
Agir sur les facteurs fondamentaux
dès l'enfance en favorisant l'accès aux ressources :
revenu, éducation, pouvoir

Réduire l'exposition
des groupes de faible niveau socio-économique aux
risques auxquels ils sont surexposés (conditions de
travail, habitat, comportements...)

Favoriser l'accès à un système de soins
qui réduise les inégalités sociales de santé qui sont
déjà présentes

**Réduire les conséquences d'une atteinte à la santé
sur la situation sociale**

D'après J Kemm et al. Health Impact Assessment, Oxford UP, 2004)



Inégalités sociales de santé: enjeux

- Les inégalités sociales de santé
- Inégalités sociales et inégalités territoriales
- Stratégies de réduction
- Déterminants de santé
- Politiques publiques et interventions : un bilan**

Priorité à donner à l'enfance

en France: une forme de « négligence bénigne? »

« En France, il n'y a pas de revue, de travail ou de rapport sur les données ou les concepts en lien avec la santé des enfants et les inégalités sociales de santé »

« Il n'y a pas d'analyse systématique des données des examens obligatoires du 8eme jour, du 9eme et 24eme mois, de la 4eme et 6eme année »

Source : IGAS rapport 2011



Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant un portrait très incomplet des enfants

- *Un modèle biomédical de la santé, centré sur les soins*
- *Des données nombreuses, mais marquées par une très forte dispersion.*
- *Des inégalités sociales de santé qui n'apparaissent pas ou très peu*
- *Des conditions de vie, un environnement socio-économique qui n'apparaît pas dans l'image que donne le dispositif statistique, faute d'une synthèse sur la santé des enfants.*
- *Des statistiques sur le développement psychologique, relationnel, affectif, cognitif et social des enfants qui font défaut*
- *L'impact de l'environnement sur le développement, notamment cérébral, des enfants, demeure invisible*

L'enfance

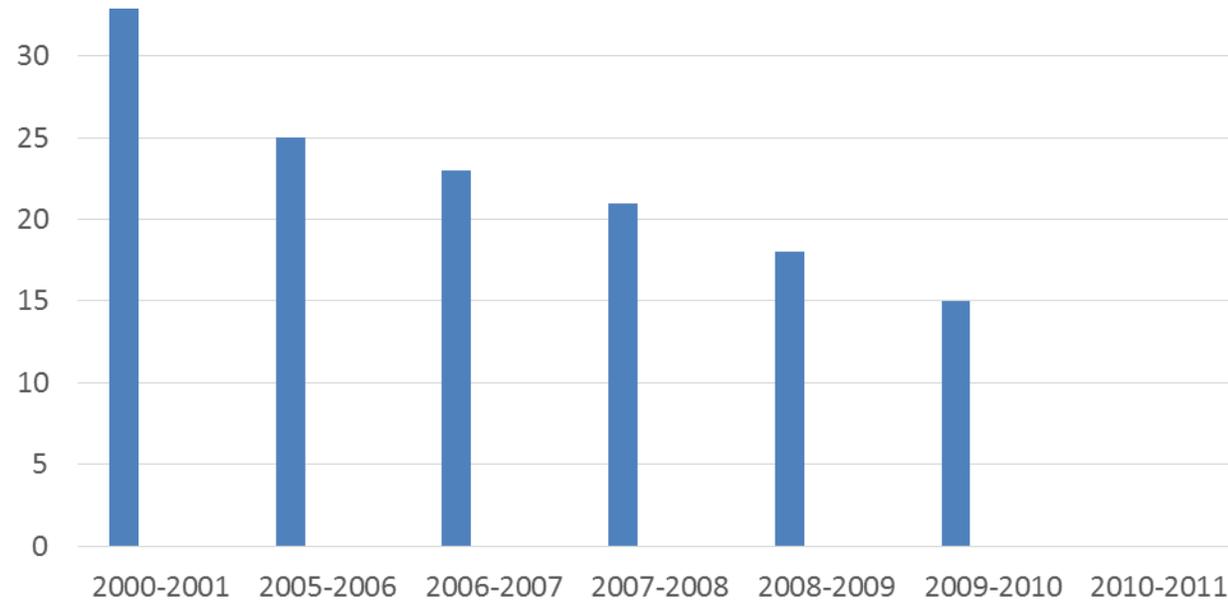
« Notre pays est aussi celui où l'impact de l'origine sociale sur les résultats des élèves est le plus grand, de l'ordre du double de celui du Japon ou du Canada. »

Rapport de la Cour des Comptes. Mai 2010

La moitié des inégalités sociales de réussite à la fin de l'école élémentaire est due aux différences de compétences que présentaient les élèves à l'entrée au cours préparatoire

Caille JP. France Portrait Social, INSEE, 2006, 115-136.

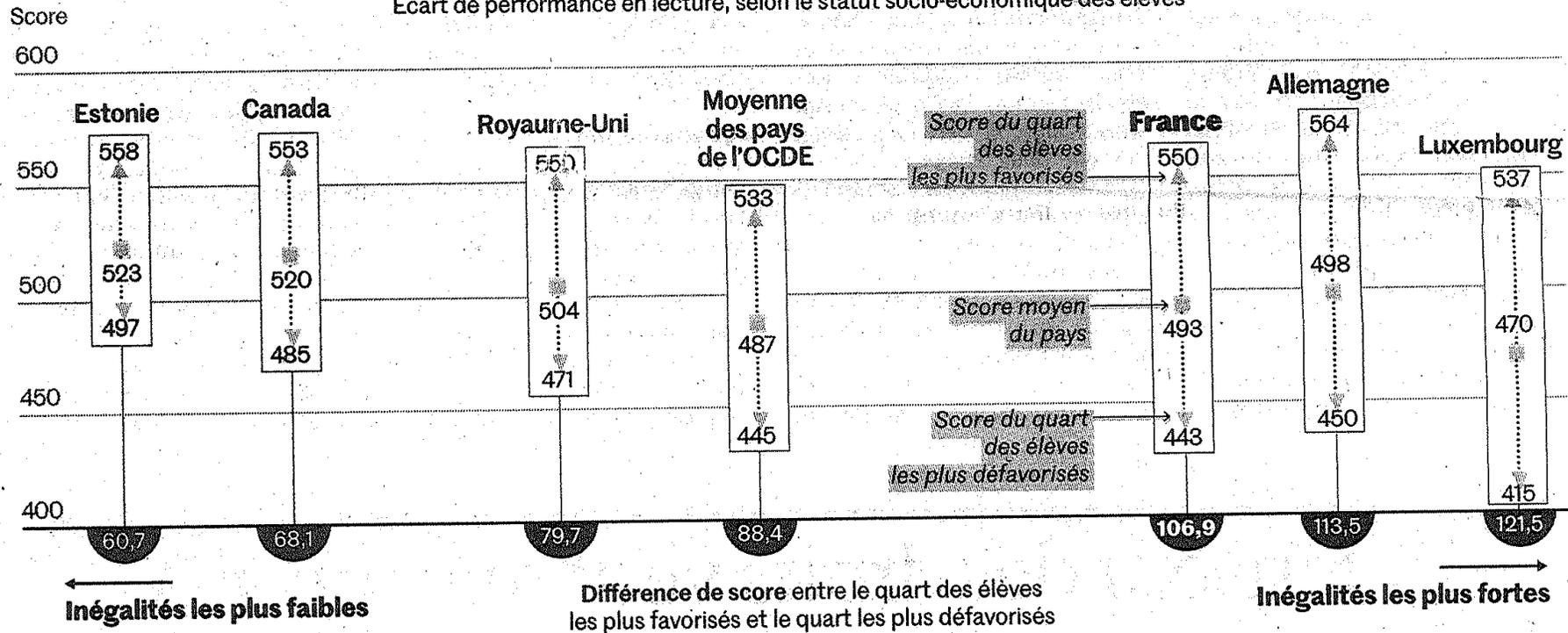
Taux de scolarisation des enfants de 2 ans (%)



Source: Ministère Education Nationale, 2016

Ce taux est <5% dans certaines communes d'Ile de France et zones rurales

Ecart de performance en lecture, selon le statut socio-économique des élèves



Infographie : Le Monde

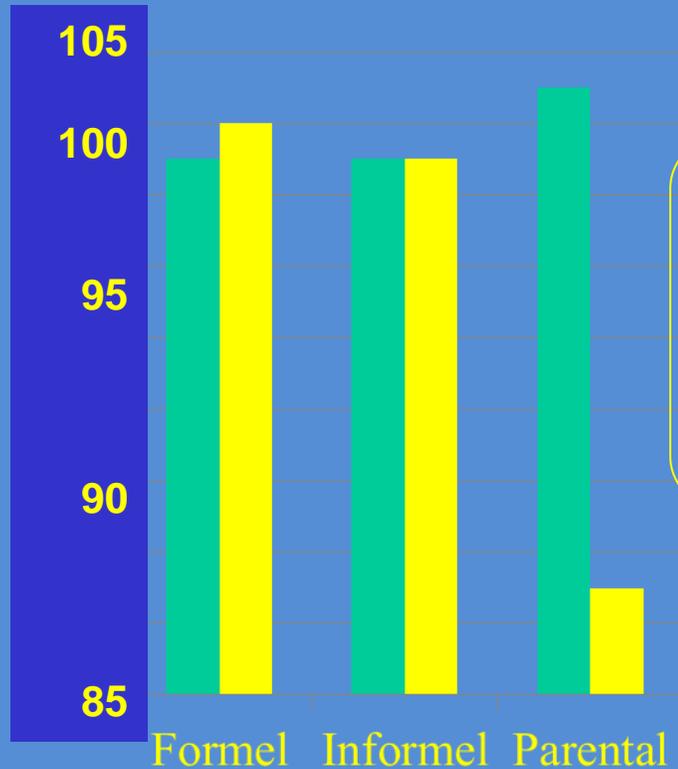
Sources : OCDE ; PISA

2018

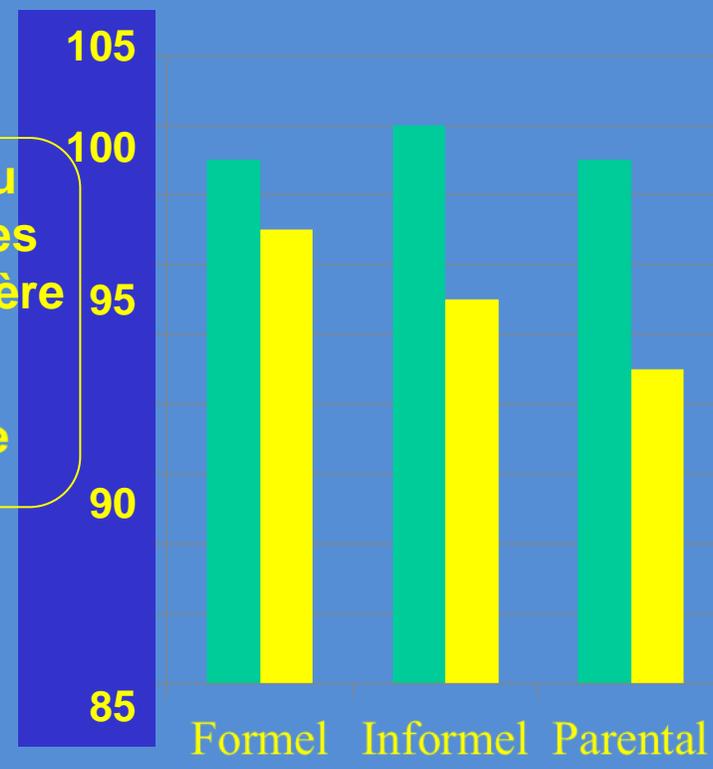
Mode de garde et développement cognitif

Cohorte de 1863 enfants suivis de la naissance à 7 ans

Score Lollipop (6 ans)



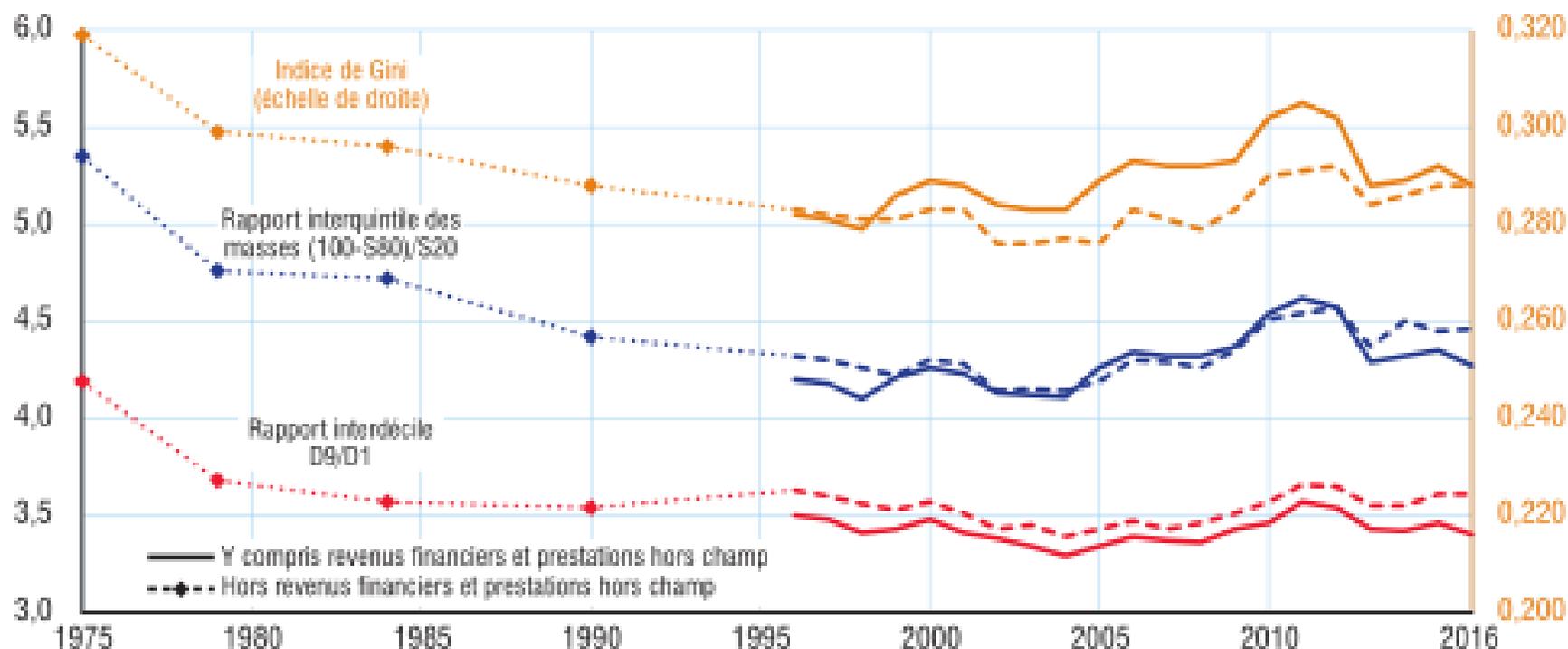
Score NKT (7 ans)



Mode de garde des enfants

Geoffroy et al. Closing the gap in academic readiness and achievement: the role of early childcare. *J Child Psychol Psychiatry* 2010 Dec;51(12):1359-67.

9. Évolution des inégalités de niveau de vie après redistribution de 1975 à 2016



Note : les données sur les revenus financiers et certaines prestations (allocation aux adultes handicapés, prestation d'accueil du jeune enfant, allocation d'éducation de l'enfant handicapé et allocation de soutien familial) ne sont pas disponibles avant 1996.

Lecture : en 2005, l'indice de Gini des niveaux de vie après redistribution est de 0,276 hors revenus financiers et certaines prestations, et de 0,289 en incluant tous les revenus et prestations.

Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage ordinaire dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux 1975 à 1990 ; Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives 1996 à 2004 ; Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2016.

En guise de conclusion

-Une population exposée les enfants et les enjeux du développement cognitif

-Cohérence

Interventions: multiples, différents niveaux: local et national

Intersectorialité

Comportements

Système de soins

-Travail en silos: vers des plateformes/centres d'interface entre chercheurs et acteurs de santé ?

-Débat citoyen

-Un nouvel enjeu: inégalités sociales et changement climatique: un objectif et une pré-condition

Merci de votre attention



Institut national
de la santé et de la recherche médicale

