Préambule

Inégalités de santé : des constats à la compréhension des déterminants et des parcours de vie

Didier Jourdan

Professeur des universités

La question des inégalités tient une place conséquente dans la production scientifique, tous champs de recherche confondus. Les données disponibles à ce jour sont considérables. Des synthèses de haut niveau ont été élaborées, que l'on pense aux travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, du Haut Conseil de la santé publique ou de Santé publique France par exemple... Au-delà de la production de connaissances, l'enjeu est clairement de s'interroger sur la capacité des politiques et des pratiques à les réduire. Thierry Lang et ses collègues du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ont intitulé leur rapport « Sortir de la fatalité [1] ». En 2011, Pierre Lombrail, le président de la Société française de santé publique, appelait à en finir avec la contemplation pour passer à l'action [2].

Le présent numéro de la revue *Éducation, Santé, Sociétés* s'inscrit dans la suite de ces travaux et offre un ensemble de contributions relatives tant à la compréhension des inégalités et de leurs déterminants qu'à l'analyse de l'impact des dispositifs visant à les réduire.

1 Une réalité connue de longue date

Dès les années 1830, Louis René Villermé établit l'existence d'un lien étroit entre catégorie sociale et état de santé. Il montre également, dès cette époque, l'importance pour la santé des conditions de vie pendant l'enfance. Au mitan du XIX^{e} siècle, les travaux de Chadwick, Griscom ou Virchow permettent de disposer d'éléments solides quant à l'influence des

1. Haut Conseil de la santé publique (2009). *Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : La Documentation française (coll. « Avis et rapports »).

2. Lombrail, P. (2011). Inégalités de santé : le temps de l'action ! *Santé publique*, 23(3), 167-168.

conditions de vie sur la santé. Bien avant, les auteurs romains tels que Pline ou Lucrèce avaient déjà constaté qu'il valait mieux être riche pour être en bonne santé, conscients qu'ils étaient de la fréquence des maladies et des accidents chez les esclaves ou des conséquences sur la santé de la pratique de certains métiers !

2 Un impact récent sur les politiques

Ce n'est en fait que récemment, depuis le début des années 2000, qu'est intervenue une prise de conscience collective de l'enjeu des inégalités pour la santé publique. Cette question est passée d'un débat de spécialistes à une priorité politique. On observe ainsi une institutionnalisation à l'échelon national *via* la stratégie nationale de santé (2013), la loi de santé (2016) ou le parcours éducatif de santé (2016) qui dans son préambule précise : « Ainsi, la promotion de la santé en milieu scolaire constitue l'un des meilleurs leviers pour améliorer le bien-être et réduire les inégalités, en intervenant au moment où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie [3]. » À l'échelon régional, il en est de même, les projets régionaux de santé de plusieurs Agences régionales de santé donnent une place significative à la lutte contre les inégalités. Cette observation dépasse largement le champ sanitaire ; il en est de même en particulier pour les politiques éducatives aujourd'hui centrées sur la réussite de tous les élèves (Loi de refondation de 2013). Ce volet politique, s'il est une condition nécessaire, n'en est pour autant pas une condition suffisante. Dans les pratiques, la question des inégalités et des moyens de contribuer à leur réduction reste encore peu structurante de l'activité des professionnels.

3 Une réalité tenace

Les inégalités sont flagrantes entre continents, entre pays. Il est bien connu que l'espérance de vie est plus faible en Afrique qu'en Europe ou au Japon (au Zimbabwe, l'espérance de vie des femmes est de 34 ans contre 86 pour les japonaises). À l'échelle des populations, cet écart indécent ne s'explique ni par la fatalité, ni par raison biologique : ce sont des facteurs environnementaux, politiques, sociaux et économiques qui sont à l'œuvre. Les inégalités sont aussi considérables au sein même des populations. Quel que soit l'indicateur de santé ou de niveau social utilisé, l'état de santé s'améliore avec le statut social. Ceci est valable pour l'espérance de vie (sept ans d'écart entre les ouvriers et les cadres supérieurs en France) ou par exemple le fait d'être équipé de lunettes lorsque l'on a des problèmes de vue (les enfants les plus défavorisés sont moins souvent équipés de lunettes que ceux vivant dans des contextes sociaux plus favorables). À plus petite échelle, à l'échelon local, des travaux ont par exemple mis en évidence qu'il y a un gradient social net en termes d'incidence de l'infarctus du myocarde pour la ville de Strasbourg. En Île-de-France, le risque de mourir une année donnée augmente de 82 % entre les arrondissements les plus aisés de Paris et le quartier du Stade de France. De plus, les données montrent que ces inégalités se mettent en place très tôt et qu'elles se renforcent au cours de la vie. Une étude de la DREES réalisée auprès d'élèves en classe de CM2 met en avant le fait que l'obésité touche sept fois plus les enfants d'ouvriers que les enfants de cadres. Cette étude

3. Ministère de l'Éducation nationale. Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. Circulaire n° 2016-008 du 28-01-2016.

montre également, par exemple, que 45 % des enfants de cadres déclarent manger des fruits et des légumes tous les jours de la semaine, contre 23 % des enfants d'ouvriers [4].

4 Un gradient qui traverse l'ensemble de la population

Comme le souligne le rapport du HCSP, « les inégalités sociales de santé traversent l'ensemble de la population française en un continuum qui pour un très grand nombre de maladies, suit la hiérarchie sociale même au sein de la population socialement intégrée. Ce gradient n'oppose pas uniquement les plus pauvres aux autres, mais met en cause des processus et des déterminants de l'état de santé à l'œuvre dans l'ensemble du corps social [5] ». L'écart d'espérance de vie précédemment mentionné entre ouvriers et cadres n'est pas lié au fait qu'une des deux catégories serait constituée de personnes en précarité, ces deux groupes sociaux bénéficiant d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale... Les problématiques liées à la précarité représentent une situation extrême d'une problématique sociale plus large. Puisque les inégalités traversent l'ensemble du corps social selon un gradient, l'enjeu est certes de penser la lutte contre l'exclusion sociale, la pauvreté mais également la question de la vulnérabilité et de ses déterminants.

5 Penser les parcours de vie, identifier des patterns de déterminants

Pour avancer sur la question des inégalités, il convient de dépasser le stade du constat pour travailler deux problématiques intimement liées. D'abord celle des déterminants des inégalités (accès aux soins mais également niveau socioéconomique, éducation, situation professionnelle, environnement physique et social, modes de vie) ; il s'agit de produire des connaissances fines sur la complexité des déterminants à l'œuvre et les parcours des personnes. L'enjeu est d'adopter une vision écologique de l'ensemble des déterminants qui constituent, cumulés, un désavantage social ou territorial. Ces différents déterminants sont à l'origine des situations de vulnérabilité que vont rencontrer certains individus et populations à un moment précis ou toute leur vie durant. La notion de vulnérabilité étant la propension à augmenter le risque de présenter un événement sanitaire défavorable (maladie, symptôme...), en comparaison avec le risque « standard » de présenter cet événement [6]. Plus encore, il convient de chercher à identifier des régularités au sein des populations et définir des patterns (configuration de facteurs conduisant à une vulnérabilité spécifique) sur la base desquels pourraient être élaborées les interventions. C'est le fait que ces déterminants ne soient pas indépendants les uns des autres qui fait que ces configurations de facteurs sont susceptibles d'être retrouvées dans différents contextes.

En France, plus qu'ailleurs, l'action publique est principalement orientée vers la prise en charge et le soin reléguant au second plan la dimension préventive. Si ce déséquilibre peut s'expliquer par un contexte historique, culturel, social et politique propre, il ne saurait perdurer. Tant au plan des politiques que des pratiques, seule une action centrée sur ces déterminants dans une approche intersectorielle (éducation, santé, social) et s'appuyant

4. Chardon, O., Guignon, N., Guthmann, J. P., Fonteneau, L. & Delmas, M. C. (2013). La santé des élèves de CM2 en 2007-2008. *Une situation contrastée selon l'origine sociale. DREES. Rapport*, (853), 6.

5. Haut Conseil de la santé publique. *op. cit.*

6. Gorza, M. & Eilstein, D. (2016). *Outils élaborés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé », Institut de veille sanitaire 2013-2015*. Paris : Santé publique France.

sur les patterns de facteurs est de nature à permettre de créer les conditions d'une réduction du gradient des inégalités.

Prenons l'exemple de la situation des enfants et adolescents d'âge scolaire. Les facteurs qui influent sur la santé sont nombreux et en interaction, ils renvoient à des échelons différents, de l'individu à l'environnement global en passant par son environnement immédiat. En ce qui concerne les facteurs individuels, ceux-ci relèvent notamment de la biologie (sexe, origine ethnie, maladie, handicap...), de la psychologie (concept de soi, compétences sociales, manière de faire face aux difficultés ou au stress, attitude face au risque, au danger...), des habitudes de vie (activité physique, alimentation, sommeil, consommation d'alcool et de drogues, tabagisme, comportements sexuels...). Pour ce qui est de l'environnement immédiat, ce sont principalement la famille (caractéristiques personnelles des parents, caractéristiques socio-économiques de la famille, type et composition de la famille, attitudes et valeurs des parents, relation parents-enfants, pratiques éducatives des parents...), l'école (climat scolaire, pratiques pédagogiques, caractéristiques de la population scolaire, ouverture de l'école à la communauté...), les autres milieux de vie (accessibilité à d'autres milieux de vie de qualité : voisinage, clubs sportifs, associations culturelles, éducation populaire...), le soutien social (soutien des parents, des enseignants, d'autres adultes, des pairs...) et l'environnement physique (sécurité et salubrité du logement, des écoles, absence de matières toxiques et de contaminants dans l'air ou l'eau, sécurité de l'environnement...) qui ont une influence sur la santé des enfants. Enfin, pour ce qui concerne l'environnement global, on peut identifier par exemple les valeurs sociales et culturelles (tolérance vis-à-vis de la violence, place faite aux jeunes, culture axée sur la compétition ou la coopération, publicité et pression à la consommation faites par les médias...), l'environnement politique et les conditions économiques (politiques sociales, concertation intersectorielle, niveau et sécurité du revenu, emploi et chômage...), l'organisation des services (disponibilité et accessibilité, coordination à l'échelle du territoire...)[7].

L'incidence sur la santé de chacun de ces facteurs peut être favorable ou défavorable. C'est du cumul de facteurs ayant un impact négatif (à l'échelon des personnes, de leur environnement immédiat ou d'un contexte social plus large) qu'émerge une vulnérabilité spécifique. On peut également parler d'adversité durant l'enfance. S'il n'est évidemment rien de systématique, une précarité familiale, des compétences sociales fragiles, des difficultés scolaires constituent des facteurs qui cumulés sont source de vulnérabilité. Agir sur ces différents déterminants nécessitera une action conjointe, notamment au niveau local des services sociaux, de l'école, de la médecine de ville...

6 Des interventions fondées sur une démarche d'universalisme proportionné

Il convient ici de souligner que les inégalités sociales comme territoriales de santé ne sont pas une fatalité. Comme le souligne Michael Marmot, « puisque nous avons observé un creusement des inégalités dans certains pays au cours de la période récente (en Russie

7. Blanchet, L., Hamel, M., Martin, C. & Québec (Province), ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *06-12-17, nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Sainte-Foy : Publications du Québec.

par exemple, la probabilité qu'une personne de 20 ans survive jusqu'à l'âge de 65 ans a diminué pour les personnes de niveau d'éducation primaire et a augmenté pour celle de niveau d'éducation universitaire) si l'écart peut augmenter, il peut aussi se réduire [8] ». Pour cela, il convient d'agir sur l'ensemble des leviers disponibles. De façon opérationnelle, il s'agit ainsi de mobiliser les moyens d'une action sur les différents déterminants de deux manières :

- *via* une action sur les conditions de vie qui influencent la santé, les écosystèmes de vie des populations : l'environnement physique et social, l'accès aux services appropriés ;
- *via* une action d'accompagnement des personnes dans leurs choix de santé tout au long de la vie. Il s'agit de donner à chacun les moyens de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable via des actions de communication ou d'éducation. La perspective d'ensemble est celle de l'éducation à la santé pour tous tout au long de la vie.

Ces deux modalités sont complémentaires, il s'agit ainsi de les articuler de façon équilibrée dans une perspective émancipatrice. L'action publique ne peut consister à dicter des comportements sur un mode paternaliste, elle doit créer les conditions d'une amélioration de la santé de tous. La perspective d'ensemble est celle de l'accompagnement du changement social via l'intervention sur les déterminants environnementaux d'une part (par l'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques, la création de milieux favorables, l'attention portée aux conditions de vie et de travail. . .) et individuels d'autre part (alimentation, activité physique, conduites à risque . . .). Une telle démarche appelle un travail permanent de discernement éthique au cœur de l'action pour en vérifier la pertinence. Il convient de mettre en œuvre une politique fondée sur une approche intégrée qui donne toute leur place aux approches centrées sur les populations et les milieux de vie comme à celles qui concernent les habitudes de vie. Dans cet esprit, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS propose six objectifs prioritaires en vue de la réduction des inégalités de santé : donner à chaque enfant le meilleur départ dans la vie ; permettre à tous les enfants, jeunes gens et adultes de développer les aptitudes leur permettant de maximiser leurs capacités et de contrôler leurs vies ; créer des conditions d'emploi équitables pour tous ; assurer à tous un niveau de vie en bonne santé ; créer et développer des lieux de vie et des communautés propices à la santé et durables sur le plan environnemental et renforcer le rôle et l'impact de la prévention de la mauvaise santé [9].

Le cadre d'action, centré sur le soutien au changement social en faveur de la santé des populations, doit intégrer de façon radicale la question des inégalités. Il ne s'agit pas d'une posture morale mais bien d'une interrogation systématique, à la lumière des données issues des différents champs scientifiques et des pratiques, de l'impact potentiel des interventions de prévention sur le gradient des inégalités. Comme le soulignent Maud Gorza et Daniel Eilstein, au-delà de la surveillance, l'enjeu est de « distribuer » les actions de prévention selon le gradient socioéconomique, c'est-à-dire adapter les moyens de prévention et de

8. Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M. *et al.* (2010). Fair society, healthy lives : strategic review of health inequalities in England post 2010. *The Marmot Review*.

9. Davies, M. & Adshead, F. (2009). Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Une conférence internationale fondée sur le travail de la Commission des déterminants sociaux de la santé, les 6 et 7 novembre 2008, à Londres. *Global Health Promotion*, *16* (1 suppl.), 95-96.

promotion de la santé au niveau socioéconomique et aux spécificités culturelles des populations concernées [10]. Offrir des interventions destinées à tous, mais avec une intensité et des modalités qui varient selon les besoins, constitue une approche d'« universalisme proportionné [11] ».

7 La question clé de l'identité professionnelle des acteurs

Le fait de disposer de cadres politiques et institutionnels est une condition nécessaire mais non suffisante, la mise en capacité d'agir des professionnels l'est tout autant. C'est dans l'activité quotidienne de l'ensemble des professionnels du sanitaire, du social et de l'éducatif, que la question de la réduction des inégalités sociales comme territoriales doit prendre place. Les travaux, fondés sur l'analyse du travail, conduits depuis de nombreuses années montrent qu'il ne suffit pas d'appeler des professionnels à se mobiliser sur tel ou tel sujet pour qu'ils le fassent. Les différences entre le travail prescrit (la mission des professionnels) et le travail réel (ce qu'ils mettent en œuvre) sont notables [12]. « Ainsi, outre la nécessité de voir la question des inégalités inscrite dans les missions des professionnels, il faut que ceux-ci aient connaissance des principales caractéristiques de leur public (l'ampleur des inégalités, leurs différentes origines, le gradient, le fait qu'elles se mettent en place très tôt), intègrent cette préoccupation au cœur de leurs pratiques professionnelles et maîtrisent des méthodes et des outils permettant de les réduire [13]. »

Aujourd'hui force est de constater que la question des inégalités ne se situe pas au cœur de l'identité professionnelle des acteurs. Matthieu Jourdan a notamment montré sur la base d'entretiens approfondis que seuls treize professionnels (sur un échantillon de cinquante-cinq) avaient explicitement déclaré traiter la question de la vulnérabilité et que ceux-ci étaient principalement des « spécialistes » de la lutte contre la vulnérabilité (travailleurs sociaux, éducateurs de rue, éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse, enseignants spécialisés. . .). Le fait que ce soit essentiellement les professionnels « spécialisés », en charge des publics vulnérables conduit à appeler à un travail de fond en matière de formation et d'accompagnement pour tous les acteurs [14]. Plus encore, le caractère nécessairement intersectoriel de l'action sur les inégalités rend indispensable la création d'une culture commune à l'ensemble des professionnels concernés de façon à ce qu'ils soient en mesure de collaborer efficacement au service des populations.

8 À l'articulation des champs éducatif, social et sanitaire

Dans cet esprit, « comprendre » et « agir » constituent les maîtres-mots de ce numéro de la revue *Éducation, Santé, Sociétés*. Il s'agit de faire le point des données disponibles tant sur les mécanismes sous-jacents aux inégalités territoriales et sociales que sur les dispositifs mis en œuvre pour les réduire.

10. Gorza, M. & Eilstein, D. (2016). *Op. cit*.
11. Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady M. *et al.* (2010). Art. cit.
12. Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes (coll. « Santé en action »).
13. Jourdan, M. (à paraître). *Pratiques professionnelles et inégalités de santé : perception de la vulnérabilité des jeunes par les professionnels*.
14. Jourdan, M. (2015). *Santé et bien-être des adolescents. Conceptions et pratiques déclarées des professionnels et des adolescents*. Thèse de doctorat, Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand.

Les articles proposés dans ce numéro relèvent des sciences humaines et sociales mais sont divers par leurs cadres théoriques, leurs thématiques, leurs méthodologies... Certains articles concernent des travaux de type exploratoire, d'autres sont plus aboutis. Leurs auteurs en sont à des stades différents de leur carrière, il nous est apparu important de laisser toute leur place à de jeunes chercheurs. L'ensemble ne constitue pas un tout cohérent mais plutôt un faisceau, des regards croisés ayant en commun de tenter de problématiser les inégalités. Il convient de noter que treize articles sur vingt et un soumis ont été rejetés par les experts, ceci est sans doute l'expression de la complexité de l'objet et des difficultés à s'en saisir du point de vue de la recherche et des pratiques.

Les textes retenus concernent d'une part la connaissance des inégalités sociales et territoriales de santé et d'autre part les liens entre les connaissances et les interventions éducatives et sociales.

En lien avec ce premier axe, les textes explorent les différents déterminants éducatifs, sociaux, sanitaires, environnementaux, culturels et offrent des réflexions sur les modes de catégorisation, les processus d'interactions et les cadres analytiques avec lesquels sont appréhendées ces inégalités. Le travail d'Abderrahim Bricki *et al.* étudie le lien existant entre environnement social et condition physique et corpulence chez des enfants de 11 à 13 ans scolarisés en collège dans des contextes différents. Marianick Pichon explore les écarts de compréhension entre médecins et patients d'un point de vue anthropologique. Stéphanie Pinel-Jacquemin *et al.* mobilisent l'approche écosystémique pour offrir une réflexion innovante sur les adversités durant l'enfance. Ce texte se focalise sur les relations familiales comme milieu de vie de l'enfant dont les caractéristiques conditionnent largement la santé et le bien-être et contribuent aux inégalités. Enfin, l'analyse des pratiques alimentaires d'un point de vue sociologique permet à Aurélien Cintract de mettre en évidence les multiples facteurs ayant une influence sur les disparités de mortalité entre groupes sociaux.

En ce qui concerne les liens entre les connaissances et les interventions éducatives et sociales, les travaux proposés explorent les dispositifs d'intervention et les pratiques visant à réduire les inégalités. L'article d'Émilie Gaborit *et al.* interroge de façon critique la mise en œuvre d'un programme d'éducation nutritionnelle des enfants de 4 à 6 ans visant à réduire les inégalités. Les auteurs suggèrent que les porteurs du dispositif, s'ils s'interrogent sur les inégalités ne remettent pas pour autant en question les fondements de leur action. Ce travail ouvre sur la question de l'accompagnement du changement. La contribution de Muriel Pommier est relative au dépistage des cancers. Celui-ci est marqué par de fortes inégalités puisque les populations les plus défavorisées participent beaucoup moins au dépistage que les autres. L'auteure offre un cadre de réflexion sur la base d'une enquête centrée sur l'identification des facteurs favorisant ou bloquant une intervention visant à réduire les inégalités de dépistage par le recours à des pairs intervenant auprès de la population. Les articles d'Amélie Maurice et Nolwenn Violon *et al.*, sur la base d'approches différentes, montrent les difficultés à agir sur les inégalités de santé. La première des contributions est centrée sur une enquête ethnographique conduite en collège. La seconde contribution analyse les déterminants de l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé dans différents contextes scolaires et illustre le fait que l'impact différentiel du programme est en défaveur des écoles situées dans des environnements sociaux plus fragiles.

Souhaitons pour conclure que ces travaux contribuent à éclairer, certes modestement, la problématique des inégalités et nourrissent les politiques et les pratiques. Ce numéro de la revue *Éducation, Santé, Sociétés* aura pleinement atteint son objectif, s'il enrichit le débat actuel sur la lutte contre les inégalités et prend part à l'émergence d'une culture commune aux professionnels des champs sanitaire, social et éducatif.