

Les indicateurs de santé en France
Les inégalités sociales de santé
- Présentation rapide -

septembre 2002

Sommaire

| | |
|---|----|
| Les indicateurs de santé..... | 5 |
| La mortalité..... | 5 |
| Données de morbidité recueillies en continu - Registres | 5 |
| Autres données de morbidité | 6 |
| Autres sources de données | 6 |
| Les inégalités sociales de santé | 7 |
| Introduction..... | 7 |
| Le regard politique sur les inégalités sociales de santé..... | 7 |
| Inégalités par champ d'expression..... | 9 |
| La mortalité..... | 9 |
| La santé des enfants de 6 ans | 12 |
| La santé des aînés..... | 15 |
| Les racines des inégalités de santé | 17 |
| Conclusion..... | 18 |

Les indicateurs de santé

A l'origine de toute action de santé publique, la connaissance de la situation s'élabore à l'aide de différents indicateurs. Ils diffèrent sur différents points : réactivité, précision, couverture territoriale. Nous allons brièvement présenter les principales catégories d'indicateurs.

La mortalité

Constante incontournable de l'existence humaine, la mortalité fait aujourd'hui l'objet dans la plupart des pays développés d'un recueil plus ou moins continu.

En France, ce recueil est réalisé sur le terrain par les médecins et géré et analysé par une section spécialisée de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) : le bureau SC8.

Le circuit des bulletins de décès est le suivant :

Médecin → Mairies → DDASS → INSERM SC8

Les données disponibles sont globalement :

- sexe ;
- âge ;
- commune de décès et de domicile ;
- lieu de décès ;
- cause de décès.

Les causes de décès sont codées suivant la Classification Internationale des Maladies, ce qui permet une stabilité des déclarations ainsi que des comparaisons internationales (sous certaines contraintes). Les statistiques de mortalités sont les seules disponibles de façon exhaustive sur l'ensemble de la France.

Deux inconvénients sont cependant à relever. Premièrement, il faut avoir conscience que ces données sont tributaires de la qualité du remplissage du bulletin de décès par les médecins, même si cette qualité est en constante amélioration. Le second inconvénient est lié à la nature même des données de mortalité qui constituent un reflet différé, et parfois tardif, de la situation épidémiologique.

Données de morbidité recueillies en continu - Registres

Un registre constitue le recensement exhaustif d'une pathologie précise sur une aire géographique donnée (département). Sont disponibles :

- des variables socio-démographiques ;

- des données sur la pathologie (diagnostic, traitement, survie...).

Les registres permettent d'avoir un regard précis sur l'incidence d'une pathologie. Malheureusement, peu de pathologies sont couvertes, et peu de zones sont couvertes pour une même pathologie. De surcroît, il faut être conscient du coût important que représente le développement et l'entretien d'un registre.

En Alsace, nous disposons de quatre registres :

- Tumeurs Bas-Rhin ;
- Tumeurs Haut-Rhin ;
- Cardiopathie Ischémiques Bas-Rhin ;
- Malformations congénitales Haut-Rhin.

Autres données de morbidité

Justes quelques mots sur d'autres sources de données de morbidité recueillies en continu :

- le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) présente l'avantage d'un recueil exhaustif et continu, mais il rend compte de l'activité hospitalière plus que de la situation épidémiologique et ne permet pas, pour l'heure, d'identifier le même patient qui aurait été hospitalisé dans trois sites différents. De plus se pose le problème des personnes présentant plusieurs pathologies : une seule sera codée, celle justifiant principalement l'hospitalisation.
- les données concernant les affections de longue durée (30 maladies donnant lieu à une exonération du ticket modérateur) dispensent une information exhaustive sur des pathologies lourdes et coûteuses, mais sont extrêmement liées à la réglementation et aux pratiques individuelles (patient, médecin, médecin conseil...).
- les données concernant les 20 maladies transmissibles à déclaration obligatoire par les médecins permettent le suivi rapide d'une situation, mais sont d'une exhaustivité très variable suivant les régions et les pathologies.

Autres sources de données

Qu'il s'agisse des accidents de circulation, du travail, des données des Centres d'Examens de Santé ou encore des réseaux de laboratoires ou de médecins, d'autres sources permettent d'obtenir des données sur une pathologie précise. Par exemple, en Alsace, le RESORS – VIH permet depuis plusieurs années de suivre année par année l'évolution du nombre de séropositivités au VIH découvertes dans la région.

Enfin, bien sûr, reste toujours la possibilité de mise en place d'une enquête spécifique, comme cela a été le cas pour *Vivre la dépendance à domicile*.

Les inégalités sociales de santé

Introduction

Il va sans dire que la problématique des inégalités sociales de santé est vaste et complexe. Pour cette présentation rapide, nous ne chercherons pas à aller au fond des choses et à couvrir toute l'étendue du problème. Notre principal objectif sera simplement d'illustrer la réalité et la complexité de la question.

Nous ne parlerons donc pas des disparités géographiques de santé¹, ni des situations extrêmes des personnes en situations de précarité, ni de l'égalité d'accès aux soins. Toutes ces questions mériteraient naturellement un traitement, mais celui-ci rendrait notre propos trop complexe et trop long. De la même façon, nous ne traiterons pas des disparités de santé bien réelles qui s'expriment suivant le sexe.

Par ailleurs, nous souhaitons nous préserver du traquenard intellectuel qui consiste à penser que les inégalités sociales de santé ne frappent que les plus pauvres. Bien évidemment, les personnes ne pouvant bénéficier du système de soins sont dans une situation sociale qui détermine radicalement leur état de santé, mais il est possible de relever des disparités d'état de santé tout au long du *continuum* social. C'est plus sur cette dimension très universelle des inégalités sociales de santé que nous souhaitons faire une rapide présentation.

Le regard politique sur les inégalités sociales de santé

Le regard le plus ancien porté sur des inégalités sociales de santé concerne la mortalité. En 1778 sont publiées les *Recherches et considérations sur la population de la France* de Moheau : l'auteur relève que :

Comme le premier âge exige beaucoup de soins et de ménagements, la misère, qui ne peut les procurer, subit une plus grande mortalité ; et parmi ceux qui passent cet âge, il est beaucoup plus de personnes mal-saines ou contrefaites que dans les autres classes de citoyens.²

Mais cette première approche rationnelle ne permet pas encore la disparition de considérations d'ordre moral :

Au reste, cette mortalité excessive, surtout dans les premiers moments de la vie, ne provient pas seulement du défaut de soins, mais aussi souvent de la mauvaise constitution des enfants, qui, fruits de la débauche, en portent les empreintes.³

¹ La question mérite cependant que le lecteur s'y intéresse par ailleurs, l'espérance de vie en Alsace étant inférieure à la moyenne nationale.

² *Recherches et considérations sur la population de la France*, J.-B. Moheau, PUF (rééd.), Paris, 1994.

³ *ibidem*.

D'autres travaux suivront, qui accompagneront le développement de l'industrie, sur la question des écarts de mortalité entre classes sociales, sans que la dimension de jugement moral disparaisse complètement. En fait, nous sommes là plus dans le registre des *écarts sociaux* de santé que dans celui des *inégalités sociales* de santé.

Ainsi, dans le Rapport de la commission santé du VI^{ème} Plan, en 1971, il est question de « disparités de l'état de santé des Français suivant la catégorie socioprofessionnelle ». De fait jusqu'à tardivement en France, le lien entre santé et soins va être considéré comme exclusif : garantir l'accès aux soins pour tous, c'est garantir la santé pour tous.

Dans la seconde moitié des années quatre-vingt, les écarts sociaux de santé sont finalement reconnus comme ne relevant pas du hasard mais bien comme constituant de véritables inégalités sociales de santé, qui, de surcroît, vont en s'aggravant. Mais la réflexion sur ce domaine reste principalement cantonnée aux habitudes de vie (tabagisme,...) sans aller jusqu'au terrain des conditions de vie. L'ouvrage collectif *RMI et santé* édité par le CFES en 1993 précise :

Les inégalités sociales en matière de santé sont connues, au moins au niveau des milieux scientifiques et de certains mouvements qui ont travaillé sur ce domaine⁴.

Le *Rapport général* du Haut Comité de Santé Publique de 1994 élargit le regard porté sur les déterminants de santé : travail, chômage, solitude sont entre autres considérés, les inégalités sociales de santé suivant le sexe ou la catégorie socioprofessionnelle clairement désignées.

Avec le rapport *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé* de 1998, le HCSP enfonce le clou dans ses préconisations :

Certes, le champ accordé à la péréquation nationale des ressources [...] n'autorise pas toutes les ambitions souhaitables en matière de réduction des inégalités de santé, car il est difficile d'agir fortement sur ce dernier objectif par la seule réduction des inégalités d'offre de soins.⁵

⁴ *RMI et santé*, sous la direction de J.-Y. Fatras et B. Goudet, collection La santé en action, édition du CFES, Paris, mai 1993, p. 67.

⁵ *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé*, Haut Comité de Santé Publique, Editions ENSP, 1998, Paris, p. 70.

Inégalités par champ d'expression

Après être revenus brièvement sur l'histoire de la vision politique des inégalités sociales de santé, nous allons à présent voir quelques exemples actuels d'illustrations de ces inégalités. Nous serons évidemment loin d'avoir le tour de la question, mais cela permettra de donner une idée des ordres de grandeurs en jeu.

La mortalité

Les écarts d'espérance de vie et de mortalité entre les catégories socioprofessionnelles ont été mis en évidence depuis les années 60, dans leur acception moderne. Ces écarts concernent toutes les tranches d'âges, mais sont moins marqués pour les âges les plus élevés. Ils sont également liés à la catégorie socioprofessionnelle du père en ce qui concerne la mortalité infantile et la mortalité des jeunes.

Ce constat national est vérifié au niveau de la région Alsace. Un homme ouvrier ou employé⁶ alsacien a deux fois plus de risque de décéder entre 20 et 59 ans qu'un homme appartenant à une profession intermédiaire (techniciens, cadres moyens) et quatre fois plus qu'un cadre⁷. Ces différences sont même plus marquées en Alsace qu'au niveau national, où le rapport de mortalité entre ouvriers, employés et cadres supérieurs n'est que de un à trois.

Au niveau national, ces inégalités se sont accrues au cours des dix dernières années, la mortalité des cadres supérieurs ayant davantage diminué durant cette période que celle des autres catégories sociales.

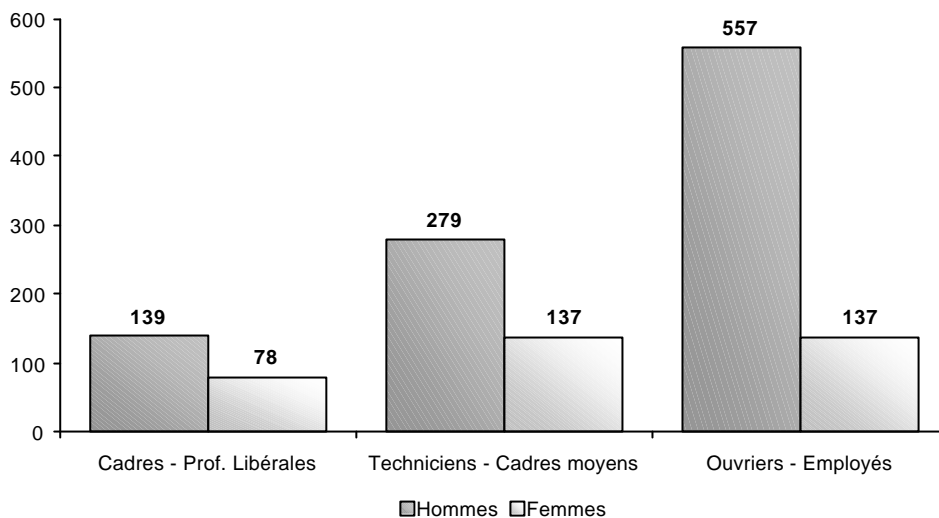
Des différences existent également pour le sexe féminin, mais celles-ci sont nettement moins prononcées. Au passage, on peut noter l'écart très important entre les deux sexes, qui s'observe pour toutes les classes sociales. Cette surmortalité masculine, que l'on sait tout particulièrement élevée en France, constitue également une forme d'inégalité devant la mort. Nous ne développerons pas plus avant ce thème déjà fréquemment exploré, sauf pour noter que la surmortalité masculine est directement liée à la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, chez les ouvriers-employés, la mortalité masculine est quatre fois plus élevée que la mortalité féminine, alors que chez les cadres ce rapport n'est que de 1,7.

⁶ Ces données sont calculées à partir des données d'état civil. Cette source doit être utilisée avec prudence, en raison de la qualité de déclaration des professions. C'est pourquoi, les "employés" et "ouvriers" ont été regroupés. Par ailleurs, en raison des faibles effectifs concernés, la situation des artisans-commerçants-chefs d'entreprises et des agriculteurs exploitants n'a pas été étudiée.

⁷ A partir des enquêtes longitudinales de l'INSEE, on peut comparer rigoureusement les écarts de mortalité France/Alsace selon la catégorie socioprofessionnelle. Sur la période 1955-1979, la surmortalité régionale concerne toutes les catégories socioprofessionnelles et les écarts entre catégories extrêmes sont plus marqués en Alsace que sur l'ensemble de la France.

Taux comparatif de mortalité (25-59 ans) en Alsace selon la catégorie socioprofessionnelle

Taux pour 100 000 habitants – 1988-92



Si on approfondit l'analyse des inégalités sociales devant la mort, il apparaît que les différences ne sont pas spécifiques à quelques pathologies, mais qu'elles sont néanmoins nettement plus marquées pour certaines d'entre elles.

Ainsi la surmortalité prématurée des catégories sociales les moins favorisées est en grande partie liée aux habitudes de vie. L'écart est particulièrement net pour la mortalité liée aux consommations excessives d'alcool et de tabac. Le risque pour un ouvrier de décéder entre 20 et 59 ans d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS), d'une cirrhose ou d'une psychose alcoolique est plus de 10 fois supérieur à celui d'un cadre.

Mais les consommations de toxiques ne sont pas seules en cause. D'autres facteurs sont évoqués pour expliquer les écarts de mortalité : les conduites dangereuses (accidents de la circulation) ou encore le mal-être (suicides).

En résumé, la mortalité liée à des causes de décès évitables par une action sur les facteurs de risque individuels⁸ est cinq fois plus élevée chez les

⁸ Définition : Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitable", c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans. La liste des causes de décès évitables utilisée dans ce document a été établie par la FNORS en s'inspirant à la fois des travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertées "Health Services Research" et des travaux menés au sein du Service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM. Basée sur la classification simplifiée "S9" de l'INSERM, elle inclut les décès entre 1 et 65 ans par typhoï de, tuberculose, tétanos, SIDA, cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères, mortalité maternelle, accident de la circulation, chute accidentelle et suicide.

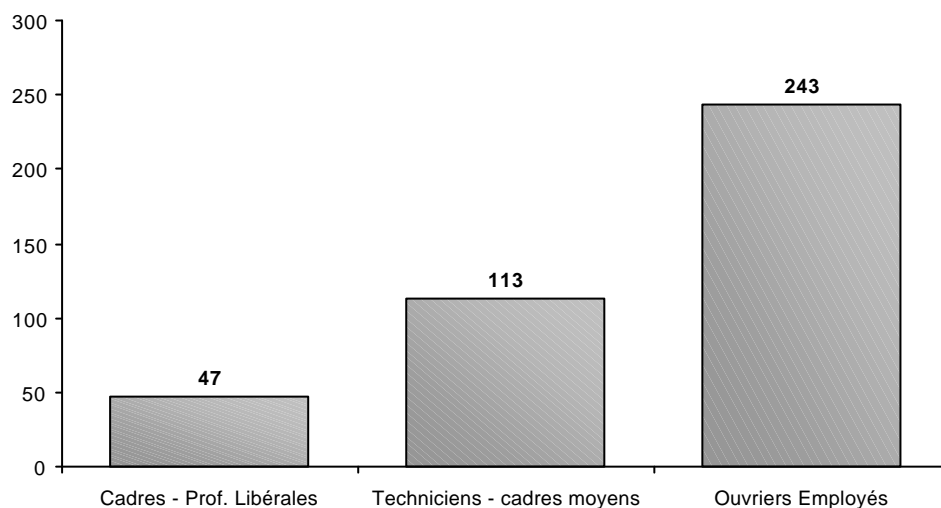
Les travaux européens classent les décès "évitable" en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence.

Le **premier groupe distingue** les décès qui pourraient être évités essentiellement par une **action sur les facteurs de risque individuels**, par exemple les décès par cancer du poumon, l'alcoolisme ou encore les accidents de la circulation.

ouvriers-employés que chez les cadres, alors que ce rapport n'est que de un à quatre pour l'ensemble des causes de décès confondues. En d'autres termes, la surmortalité des ouvriers-employés s'explique en partie au moins par les comportements individuels, les décès qui y sont liés représentant 44 % de la mortalité prématurée de cette population contre 35 % chez les cadres supérieurs.

Figure 1 : Taux comparatif de mortalité "évitables" par des actions sur les facteurs de risques individuels selon la catégorie socioprofessionnelle

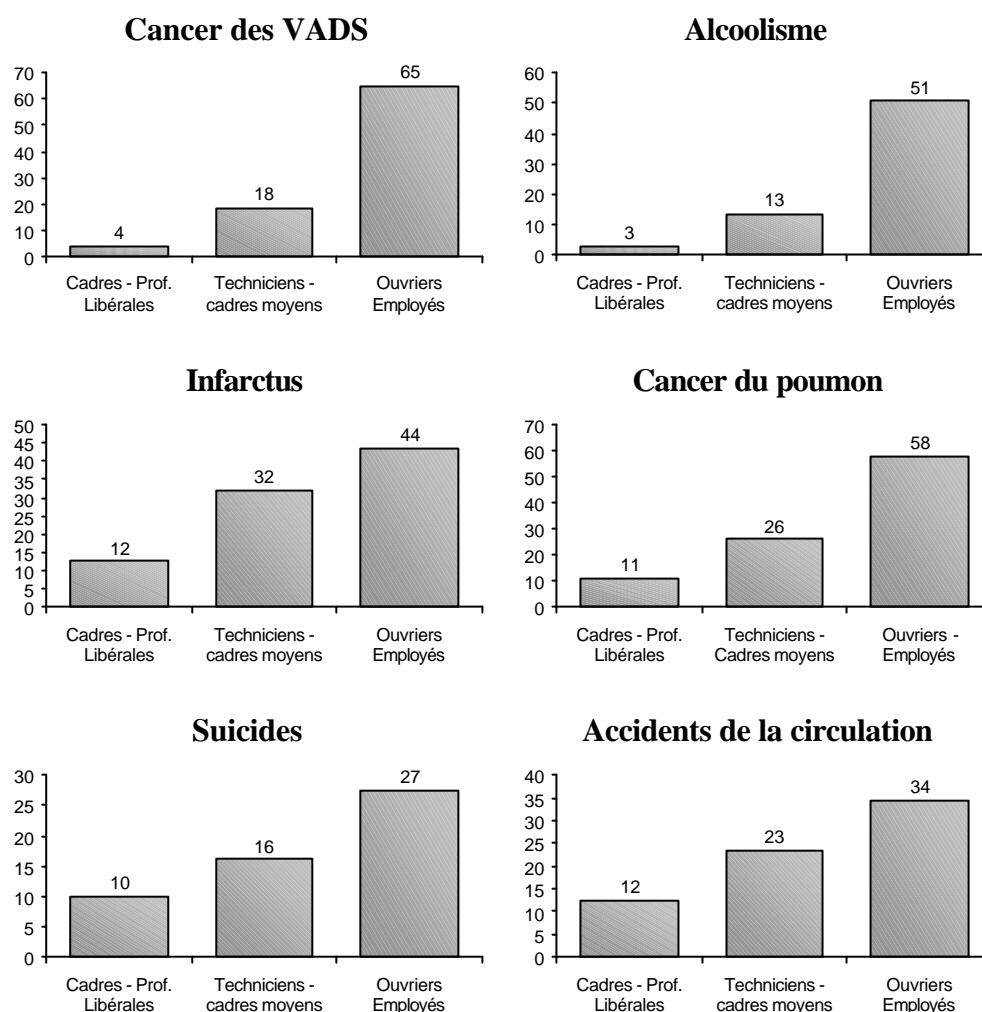
Taux pour 100 000 hommes de 25-59 ans en Alsace – 1988-92



Le second groupe comprend les décès "évitables" principalement grâce à une **meilleure prise en charge par le système de soins** (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple les décès par tuberculose, cancer du sein ou par maladies hypertensives.

Figure 2 : Taux comparatif de mortalité (25-59 ans) en Alsace selon la catégorie socioprofessionnelle

Taux pour 100 000 hommes – 1988-92



Source : INSERM SC8

Exploitation ORSAL

La santé des enfants de 6 ans

Jusqu'à présent, les informations disponibles à l'échelon des régions se limitent pratiquement aux seules données de mortalité. Si ces données sont, quelle que soit la population concernée, insuffisantes pour répondre aux questions que se posent les décideurs en matière de politique de santé, cela est encore plus flagrant en ce qui concerne la santé des jeunes (faibles taux de mortalité dans ces tranches d'âge, décalage important dans le temps entre les expositions à des déterminants comportementaux ou environnementaux et leurs effets sur la mortalité).

La santé des enfants est par ailleurs un sujet paradoxalement peu étudié.

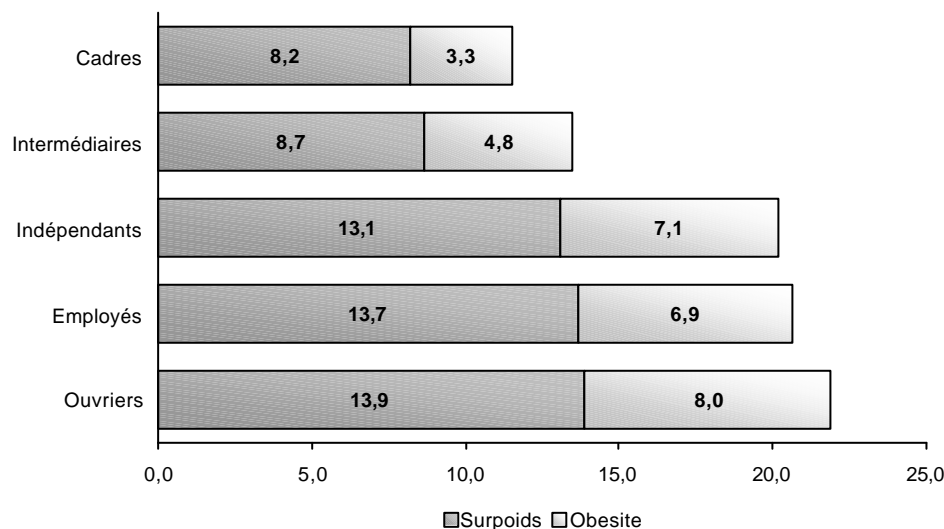
En France, actuellement, les périodes périnatales et néonatales font l'objet d'enregistrements réguliers. Par

ailleurs, depuis quelques années, la santé et les comportements des adolescents et des jeunes sont très largement étudiés. En revanche, il existe un manque cruel d'informations sur la santé somatique et la santé mentale du jeune enfant.⁹

Le manque est d'autant plus important concernant les inégalités sociales de santé telles qu'elles peuvent déjà s'exprimer chez les enfants. A l'échelle nationale, les travaux menés par la DREES sur la santé des enfants au moment de l'entrée en CP sont l'une des réponses apportées à cette méconnaissance. En Alsace, l'ORSAL a recueilli et analysé les données produites par les médecins et infirmiers des services de santé scolaire lors des visites d'admission en CP.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est un indicateur standard permettant d'évaluer la corpulence et correspondant au quotient du poids par le carré de la taille (kg/m²). En matière de surpoids et d'obésité, un consensus international a conduit à déterminer, pour les adultes, des valeurs seuils en terme d'IMC : ainsi le seuil du surpoids est fixé à un IMC de 25 et celui de l'obésité à 30. Pour les enfants, en raison des fluctuations de rapport taille/poids en fonction du stade de croissance, des valeurs seuils ont été établies suivant l'âge¹⁰. Tout ceci nous permet de déterminer la proportion d'enfants en surpoids ou obèses. Le croisement avec la CSP du couple parental met en évidence des différences significatives.

Figure 3 : Enfants en surcharge pondérale selon la CSP des parents (%)



Ces différences subsistent si nous travaillons selon la CSP du père uniquement. Les travaux déjà réalisés sur le sujet permettent de connaître quelques comportements identifiés comme étant à risque pour l'obésité : forte consommation de télévision, faible quantité de sommeil, etc. L'écart

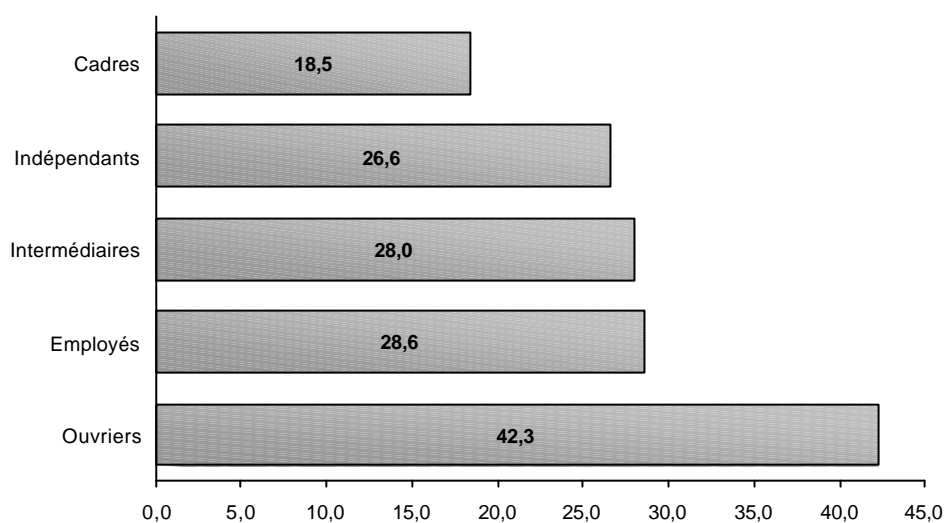
⁹ Anne Tursz, *La santé de l'enfant, in Les inégalités sociales de santé*, Editions La Découverte, Paris, 2000.

¹⁰ T.J. Cole & coll., *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*, British Medical Journal, mai 2000

entre les CSP subsiste lorsque nous créons un modèle incluant la plupart de ces comportements à risque.

Nous retrouvons des différences suivant la CSP du couple parental sur des indicateurs plus délicats à appréhender. Ainsi, concernant le développement psychomoteur, si nous considérons la proportion d'enfants n'ayant pas acquis au moins un des différents items, nous retrouvons une différence significative. Cette différence subsiste également dans les modèles de régression logistique.

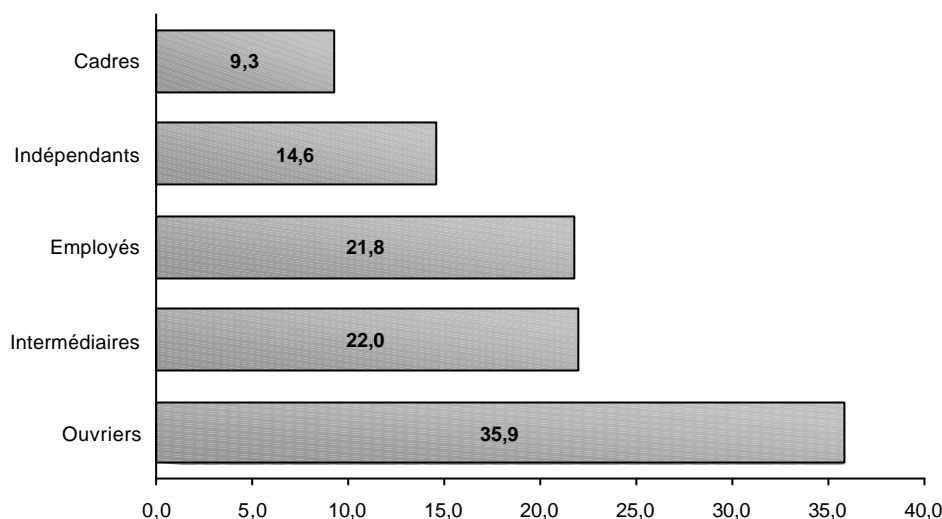
Figure 4 : Proportion d'enfants ayant au moins un item psychomoteur non acquis (%)



Le dernier exemple que nous retiendrons au sujet de la santé des enfants concerne la carie dentaire. Dans la figure suivante ont été regroupés les enfants présentant au moins une carie, obstruée ou non. Nous sommes donc en partie hors du champ de l'accès aux soins. La différence suivant la CSP reste significative si nous traitons séparément les enfants suivant que la carie soit obstruée ou non.

Nous retrouvons cette donnée dans différentes études : Une évaluation de la prévalence de la carie dentaire avant et après un programme de prévention a ainsi permis de relever la baisse généralisée de la prévalence de la carie pour toutes les modalités de variables socio-démographiques après action, mais la persistance de la hiérarchie dans l'atteinte carieuse selon la CSP, l'amélioration étant d'autant plus forte que la situation initiale était meilleure.¹¹

¹¹ *Prévalence de la carie dentaire chez l'enfant avant et après un programme de prévention en Seine-Saint-Denis*, coll., Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Editions Masson, Paris, 1999, vol. 47, pp. 19-28.

Figure 5 : Proportion d'enfants présentant au moins une carie (%)

Comme il est possible de s'en rendre compte, les inégalités sociales de santé se manifestent tôt dans la vie, et les écarts sont rapidement marqués. D'autres études réalisées en France confirment cette réalité, tant sur le plan strictement somatique, qu'au niveau du développement.

La santé des aînés

Les inégalités poursuivent leur expression tout le long de la vie des individus. Aux âges avancés, outre leur rapport avec la mortalité, elles s'expriment également fortement sur le plan des niveaux de désavantage.

La grille de Colvez est une grille permettant d'évaluer le niveau de désavantage suivant quatre groupes :

- Colvez 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ;
- Colvez 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil mais ayant besoin d'un tiers pour la toilette et l'habillage ;
- Colvez 3 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil, n'ayant pas besoin d'un tiers pour la toilette et l'habillage mais ne sortant pas de leur domicile sans l'aide d'un tiers ;
- Colvez 4 : autres personnes.

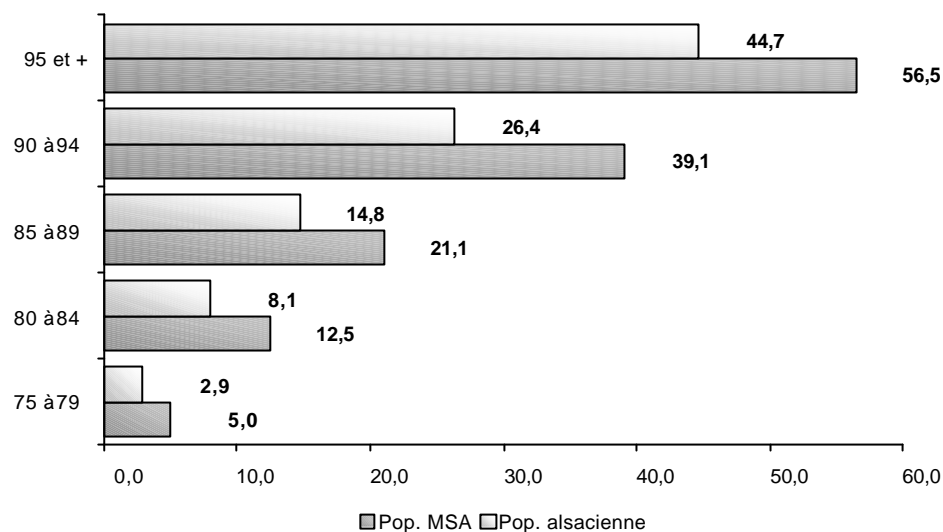
Dans le cadre d'une étude sur les conditions de vie à domicile des personnes âgées en Alsace¹², un échantillon de 15 600 personnes âgées a été constitué par tirage au sort dans les fichiers de cinq caisses de retraite : CRAV, MSA67 MSA68, l'Assurance Vieillesse des Artisans (AVA) et des Commerçants (ORGANIC).

Le niveau de désavantage augmente évidemment avec l'âge et diffère suivant le sexe. Sans disposer du détail des catégories socioprofessionnelles, nous pouvons tout de même lire des écarts suivant la caisse de retraite

¹² *Vivre la dépendance à domicile*, AGIRA ORSAL Centre de gérontologie, 1998.

d'affiliation. Ainsi, la différence entre la population affiliée à la MSA et la population générale apparaît nettement, quel que soit l'âge.

Figure 6 : Proportion de personnes en Colvez 1 ou 2 suivant la caisse d'affiliation (%)



Pour cette population, les disparités devant la dépendance sont le résultat de processus complexes et interdépendants : dans la dépendance d'une personne de 80 ans peuvent se retrouver aussi bien les désavantages en germe depuis l'enfance, les conséquences des comportements à l'âge adulte que les différences de prise en charge au moment de la retraite, cette liste n'étant bien sûr pas limitative.

Les racines des inégalités de santé

Nous avons dans ce qui précède fait l'impasse sur un certain nombre de questions : disparités géographiques de santé, problèmes d'accès aux soins... Cette impasse ne signifie en rien un quelconque caractère négligeable de ces aspects : il est évident que veiller à ce que tous aient accès aux soins permet d'éviter l'aggravation des inégalités sociales de santé. Cependant, il apparaît que ce sont principalement des déterminants n'appartenant pas au système de soins qui expliquent les inégalités sociales de santé.¹³

Nous ne traiterons pas plus particulièrement des comportements connus comme étant à risque. En effet, il semble que lorsque nous aurons dit que les ouvriers meurent plus du cancer du poumon parce qu'ils sont plus nombreux à fumer¹⁴, nous n'aurons rien mis d'autre en évidence que le rapport entre consommation de tabac et cancer du poumon : plus féconde serait une interrogation sur la relation entre consommation de tabac et catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, par exemple, le taux d'échec en cas de tentative d'arrêt du tabac est très fortement lié aux variables socio-économiques¹⁵. Eclairer ces comportements autrement, pouvoir lire le sens qu'ils ont pour celles et ceux qui les perpétuent en connaissance de cause doit être une piste de réflexion dans l'approche des inégalités sociales de santé.

Deux approches des inégalités sociales de santé s'opposent et certainement se complètent :

1. la santé explique le statut social.
2. l'inégalité entraîne la maladie.

L'hypothèse de sélection du statut économique par la santé repose sur l'idée que les personnes en bonne santé sont plus aptes à travailler et donc à avoir un revenu supérieur ou encore que les personnes âgées en mauvaise santé liquident plus vite leur patrimoine. Cet effet de sélection par la santé a été testé sur le long terme au Royaume-Uni, par l'enquête de Whitehall : les résultats ont permis de déterminer que la relation entre état de santé et aptitude professionnelle ne permettait d'éclairer qu'une faible part des inégalités sociales de santé¹⁶.

L'hypothèse inverse (détermination de l'état de santé par le niveau social) est défendue suivant différentes approches. Wilkinson¹⁷ a constaté que, parmi l'ensemble des pays développés, ceux présentant le niveau de santé global le plus satisfaisant ne sont pas les plus riches, mais ceux où l'écart de revenus entre riches et pauvres est le plus étroit : dans ces travaux, cohésion sociale, santé et criminalité sont mises en relation forte. Kawachi¹⁸

¹³ *Santé, soins et protection sociale en 2000*, Questions d'économie de la santé, CREDES, n° 46, décembre 2001.

¹⁴ Quoiqu'il faille garder à l'esprit que la différence subsiste si nous ne considérons que les fumeurs.

¹⁵ *ibidem*.

¹⁶ voir notamment *Health inequalities among British civil servants : the Whitehall II study*, M. G. Marmot et al, Lancet 1991, 337 : 1387-93.

¹⁷ *Unhealthy Societies : the afflictions of inequality*, R. G. Wilkinson, London, Routledge, 1996.

¹⁸ *Income inequality and health*, Kawachi et Berkman, Social Epidemiology, Oxford, 2000.

développe une vision selon laquelle l'inégalité des situations engendre ou augmente le stress à se trouver en bas de l'échelle sociale : le sentiment de ne pas disposer de support social contribuerait à la morbidité.

En dehors de ces approches très globales des inégalités, de nouvelles visions du travail s'élaborent, au-delà de la simple question de la pénibilité des tâches. Le monde du travail est peut être le lieu où se manifeste l'expression la plus directe de la structure sociale : dans la foulée de Christophe Dejours¹⁹, un certain nombre de chercheurs et d'auteurs pointent du doigt une notion nouvelle de *stress* (du latin *stingere* contraindre). Ainsi, l'intérêt se porte à présent sur des notions difficilement évaluables, comme celle du sens que peut avoir une tâche pour l'individu l'effectuant et du stress qui découle de l'absence de sens ou de marge de manœuvre²⁰.

Toutes ces approches invitent à penser avec prudence les causes des inégalités sociales de santé.

Conclusion

Le *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes* de J.-J. Rousseau s'ouvre, dans ses premières lignes, sur la distinction suivante :

Je conçois dans l'espèce humaine deux sortes d'inégalité ; l'une que j'appelle naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature, et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et des qualités de l'esprit, ou de l'âme, l'autre qu'on peut appeler inégalité morale, ou politique, parce qu'elle dépend d'une sorte de convention, et qu'elle est établie, ou du moins autorisée par le consentement des hommes.

Et Rousseau règle la question des inégalités naturelles dans les lignes qui suivent :

On ne peut pas demander quelle est la source de l'inégalité naturelle, parce que la réponse se trouverait énoncée dans la simple définition du mot. On peut encore moins chercher s'il n'y aurait point quelque liaison essentielle entre les deux inégalités [...].

L'idée selon laquelle les inégalités inscrites au niveau du corps ou de la santé sont du pur ressort de la nature, de l'inné, a longtemps servi, et sert encore, de commode refuge devant un certain nombre de différences : les considérables progrès de la génétique sont venus à point nommé accréditer la thèse de l'existence de différences irréductibles entre les êtres. Sans vouloir nier qu'il existe des différences génétiques ou biologiques pouvant induire des écarts de susceptibilité, de vulnérabilité à certaines pathologies,

¹⁹ *Souffrances en France – La banalisation de l'injustice sociale*, C. Dejours, éd. du Seuil, Paris, 1998.

²⁰ *Le stress en entreprise*, G. Baulande, in *La Santé, indicateur d'Environnements*, ORS Picardie, L'Harmattan, 1996.

il convient de considérer l'influence des conditions de vie sur l'expression de ces vulnérabilités. Ces conditions de vie correspondent à ce que Rousseau appelle inégalités morales ou politiques. Mettre au clair les liens qui existent entre l'individu jusque dans sa chair et le corps social est un enjeu primordial en ce qu'il interroge la pérennité même des modèles sociaux actuels.