



la synthèse

Conseil économique et social
de la Région **Ile-de-France**

Les inégalités sociales de santé en Ile-de-France



Propositions / Suggestions

• RAPPORT et avis présentés par Guy ATLAN au nom de la commission de la santé, de la solidarité et des affaires sociales / 19 septembre 2007

Les questions de santé sont essentielles et figurent au cœur du débat de société. Le CESR d'Ile-de-France et sa commission santé, solidarité et affaires sociales s'interrogent depuis longtemps sur la réalité et les composantes de la vie des Franciliens, au rang desquelles la santé constitue une problématique importante.

La question des « inégalités sociales de santé » est apparue dans le débat public dans la dernière décennie. En effet, avec la création de la Sécurité Sociale en 1945, qui garantit un accès aux soins égal pour tous, les questions de santé et leurs relations au « social » ne méritaient plus d'être questionnées puisqu'une réponse avait été trouvée par ce système de protection sociale. La réalité est tout autre.

Les observations faites autour de la complexité de nos sociétés développées, l'ouverture de l'éventail des catégories sociales et la progression de franges importantes de population placées dans des conditions précaires, ont eu des répercussions importantes sur les problématiques de santé. Des modifications se sont imposées, comme la création de la CMU, car le constat était fait que le système de protection sociale avait perdu ses ambitions de couverture sociale généralisée de toutes les personnes.

UN CONSTAT BÂTI SUR UN PARADOXE

C'est sur un paradoxe que s'est bâtie cette étude. La France est un des pays européens dans lequel l'espérance de vie après 60 ans est la plus élevée, ce qui traduit la qualité du système de soins reconnu par l'OMS comme l'un des plus performants. Mais c'est aussi l'un des pays où les disparités entre catégories socioprofessionnelles face à la mortalité, aux maladies, aux handicaps sont les plus fortes. Deux points étayaient ce raisonnement :

- Une mortalité prématurée élevée (mortalité dite évitable avant 65 ans) qui se concentre autour de cinq facteurs de risque : le tabac, l'alcool, les facteurs nutritionnels, le suicide et les accidents de circulation.

“ La question des « inégalités sociales de santé » est apparue dans le débat public dans la dernière décennie. ”

- Des inégalités de santé croissantes

En 2004, l'espérance de vie en France a franchi le seuil des 80 ans en moyenne (76,7 pour les hommes, 83,8 pour les femmes). Si les Français se portent globalement mieux, ce progrès d'ensemble profite inégalement : l'espérance de vie des ouvriers à 35 ans est inférieure de 6,5 ans à celle des cadres et des professions libérales du même âge. Les progrès enregistrés produisent donc des bénéfices de santé inégalement répartis selon les départements, les sexes, les catégories socioprofessionnelles. ➤

- ◆ Les catégories les plus modestes sont les plus exposées aux conduites à risque. Mais ce sont aussi celles dont le recours aux structures sanitaires et aux biens de santé est le plus faible. On retrouve ces différences dans pratiquement tous les domaines : qu'il s'agisse des maladies cardio-vasculaires ou du cancer, en passant par les accidents, les problèmes dentaires et la santé mentale.

UN LIEN ÉVIDENT ENTRE FACTEURS SOCIAUX ET ÉTAT DE SANTÉ

C'est depuis peu qu'en France on s'interroge sur le lien entre facteurs sociaux et état de santé, alors qu'en Angleterre et dans les pays du Nord de l'Europe, on y travaille depuis le début du XX^{ème} siècle.

De ces études, menées en Angleterre (rapport Black – 1980) puis en France, a émergé le concept de « gradient social de santé », point de départ de l'analyse des facteurs susceptibles d'apporter un éclairage sur les inégalités sociales de santé. Il s'agit d'abord de facteurs individuels de risque puis de facteurs sociaux et économiques enfin, des facteurs professionnels.

On considère aujourd'hui, qu'à côté des aspects socio-économiques qui ont leur poids, d'autres facteurs sont également à prendre en compte à travers un ensemble « psychosocial » où se jouent la place des personnes dans la société, l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, la part d'initiative qui leur ait laissée dans l'accomplissement de leurs tâches, tout ceci ayant des conséquences sur la vie personnelle.

Les « inégalités sociales de santé » sont ces écarts entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations.

- L'expression « gradient de santé » désigne l'association entre position dans la hiérarchie sociale et état de santé. En fait, les personnes qui jouissent d'un statut social élevé sont en meilleure santé que celles qui sont juste en dessous et ainsi de suite

jusqu'aux plus démunis. On observe en France, sur la dernière décennie, que l'espérance de vie est inférieure de 7 ans chez les hommes appartenant à la catégorie « ouvriers », à celle des « cadres » ; différence qui s'accroît encore chez les inactifs (ces différences existent chez les femmes mais avec une moindre amplitude). Sous l'angle de la mortalité avant 65 ans, les catégories sociales les moins favorisées paient le plus lourd tribut.

Les analyses se rapportant à la perception de la santé, au nombre de maladies chroniques, à la prévalence de certains symptômes dont ceux liés à la souffrance psychique (anxiété, états dépressifs...), témoignent des mêmes évolutions, leur fréquence s'accroissant à mesure que les conditions sociales sont moins satisfaisantes. On observe aussi qu'à même état physique et même âge, un chômeur a deux fois plus de « risque » de percevoir négativement sa santé qu'une personne travaillant et / ou ayant un niveau d'études élevé. Toutes les analyses faites dans des groupes plus spécifiques (personnes handicapées...) traduisent les mêmes phénomènes.

- Les « inégalités sociales de santé » mettent en lumière une corrélation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social : à l'éducation, au territoire, au logement, à l'environnement... On parle « d'épidémiologie sociale ».
- « Mieux vaut être riche et en bonne santé que pauvre et malade » dit le dicton ! Le lien entre pauvreté et santé est frappant. Ne pas pouvoir se loger convenablement, ne pas travailler régulièrement, ne pas manger à sa faim ou de manière équilibrée tous les jours... augmentent les risques de développer de graves problèmes de santé, physiques et mentaux. Mais il n'y a pas que la question de privation matérielle : composer avec des opportunités moindres, vivre avec le stress et le sentiment d'avoir peu de contrôle sur sa vie : tous ces sentiments subjectifs comportent aussi des effets négatifs sur la santé.

DE FORTES DISPARITÉS RÉGIONALES, SPATIALES ET SOCIALES

- L'espérance de vie à la naissance est légèrement plus élevée en Ile-de-France qu'en métropole mais, si l'allongement de l'espérance de vie ne cesse de progresser, elle reste au-dessous de la moyenne nationale en Seine-Saint-Denis (en 2000, pour les Hommes 76 ans, contre 77,1 ans).
- Le taux de surmortalité est maximal en Seine-Saint-Denis (+ 6,6 % de la moyenne nationale et + 18 % de la moyenne régionale) mais au-dessous des données nationales dans les Yvelines (entre 1998 et 2000). Le nombre de décès pour les hommes est de 274 pour 100 000 en Ile-de-France, de 304, en métropole, de 324 pour la Seine-Saint-Denis et de 241 dans les Yvelines.
- La dernière enquête décennale de santé de l'INSEE montre également la fréquence des troubles psychiques, en Ile-de-France. Les études menées dans les zones urbaines sensibles soulignent cette dimension qui prend des proportions alarmantes. C'est aussi la région de la plus forte densité médicale, mais avec une répartition très inégale : la proportion de spécialistes libéraux est beaucoup plus importante à Paris et en petite couronne par rapport au reste de l'Ile-de-France (par exemple il y a 4 fois plus de chirurgiens dentistes à Paris qu'en Seine-Saint-Denis !).

DE NOMBREUSES QUESTIONS

- Les inégalités sociales de santé ont un caractère particulièrement précoce : avec, par exemple, dès l'âge de 6 ans, des différences sociales marquées en matière d'obésité ou de caries mal soignées.
- Le chômage et l'inactivité ont une part prépondérante, avec à la fois des phénomènes de sélection et d'exclusion de l'emploi liés à la santé, mais aussi un

rôle spécifique avec les périodes de chômage et de précarité qui lorsqu'elles se prolongent peuvent aboutir à la combinaison de troubles physiques, psychiques et de comportements à risques qui s'additionnent.

De nombreuses questions demeurent d'ailleurs sans réponse :

- Comment les inégalités sociales de santé en viennent-elles à se manifester sous forme de maladies psychiques et mentales ?
- Quels sont les facteurs environnementaux déterminants pour l'état de santé ?
- Comment la perception du statut socio-économique d'une personne (en situation de précarité, de pauvreté ou de handicap) affecte-t-elle sa santé ?

- Les actions :

Les lois du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé et celles des 9 et 13 août 2004 relatives à la politique de santé publique et à l'assurance maladie ont conforté les bases d'un développement de politique de prévention et la création du Groupement Régional de Santé Publique, pivot de l'action de santé publique régionale permettent de tenter de lutter contre les déterminants de santé.

La Région bien que n'ayant pas de compétences propres en matière de développement social et santé, a inscrit des actions variées dans différents domaines :

- politique orientée vers un meilleur accès aux soins (maisons médicales, centres de santé, aides à l'installation...)
- politiques en direction de diverses populations : personnes âgées, personnes handicapées, enfance, familles monoparentales...
- aide à la lutte contre les addictions et politiques de prévention et d'éducation à la santé
- soutien aux réseaux médico-sociaux en particulier les Ateliers Santé-Ville...

Les préconisations du CESR



> Afin de **mieux connaître** le phénomène, le CESR estime nécessaire de disposer, au plan régional, d'informations précises sur les diverses situations de précarité et les actions conduites par une multiplicité d'acteurs.

> **Informer** les populations et les responsables : il est primordial d'informer les Franciliens grâce aux relais d'informations que sont les associations de terrain liées aux problématiques (addictions, handicaps ...) et les lieux de contacts (points info santé, centres sociaux...).

> **Eduquer et former** : les attributions de la Région dans le fonctionnement des lycées et des CFA doivent être utilisées au mieux pour favoriser la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé (restauration scolaire, éducation civique, éducation sportive, initiation à la sécurité, projets lycéens, concours...). En raison de ses compétences en matière de formation sanitaire et sociale, la Région devrait intervenir pour inciter la mise en adéquation des contenus de formation avec les nécessités des politiques de prévention, en amont des inégalités sociales de santé.

> **Soutenir et promouvoir les actions préventives et correctives** : cela implique la poursuite et le développement des politiques régionales d'éradication de l'habitat insalubre, de réduction des pollutions, etc., et le soutien au démarrage d'actions initiées par des associations pour la prévention et la correction de situations préjudiciables. Il est nécessaire aussi de contribuer à l'amélioration d'une offre de soins adaptée socialement et géographiquement et d'appuyer le développement des structures d'accueil favorisant la lutte contre l'illettrisme, l'éducation à la santé, la rupture de l'isolement, en lien avec les modalités de la politique de la ville.

> **Intégrer la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les critères de choix** des investissements et subventionnements. La Région pourrait introduire dans ses critères de sélection des investissements, celui de leur impact sur la réduction des inégalités sociales de santé au même titre que

d'autres critères de choix (rédaction des appels d'offres et des appels à projets). Idem dans la sélection des attributions de subventions, dans la négociation des différents contrats (Contrat de Plan Etat-Région, contrats régionaux et ruraux...) et dans l'élaboration de documents, projets ou programmes dont est chargée la Région ou auxquels elle participe (notamment mise en œuvre et suivi du SDRIF, projets d'aménagement...).

> **Coordonner** : les interventions des différents acteurs de la lutte contre ces inégalités. Le CESR suggère à cet effet que la Région, au nom de sa mission de coordination, citée dans le Code général des collectivités territoriales et dans le cadre institutionnel que constituent la Conférence Régionale de Santé et le Groupement Régional de Santé Publique, propose une concertation pour élaborer un plan d'actions commun de lutte contre les inégalités sociales de santé, doté d'une autorité de pilotage et accompagné d'un dispositif d'évaluation des résultats.

Cette « **plate-forme régionale** », avec l'appui de l'Etat, de l'ORS (Observatoire Régional de Santé), de la MIPES (Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale), de l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie), serait :

- un centre de recueil de traitement et de diffusion de l'information,
- un lieu d'échange de savoir-faire et de bonnes pratiques,
- un centre de ressources pour les élus, les professionnels, les associations...,
- une structure de pilotage des études (dont celles de recherche),
- le lieu de suivi-évaluation des actions et politiques mises en œuvre.

> **Evaluer** : le CESR réaffirme l'importance qu'il attache à l'indispensable évaluation des politiques publiques et demande à être tenu informé des initiatives qui seront prises dans ce domaine et de leurs résultats. ■