



Les inégalités de santé en 2017

Bibliographie avec résumés

Bibliographie réalisée par Nathalie Bel - Orsmip

Septembre 2017

Observatoire des inégalités

<http://www.inegalites.fr>

Rapport sur les inégalités en France. Edition 2017.

Observatoire des inégalités. 2017.

Les inégalités sont à la mode. Chacun y va de son couplet, mobilise ce thème en faveur de ses propres intérêts, dans un vaste fourre-tout où il devient complexe de voir clair. Pour mettre un peu d'ordre dans le débat, l'Observatoire des inégalités publie son *Rapport sur les inégalités en France, édition 2017*. Il s'agit de dresser un état des lieux et de faire le point sur les principales évolutions des inégalités dans un grand nombre de domaines, des revenus à l'école en passant par la santé, le logement, les modes de vie, etc. L'ouvrage ne prétend pas offrir un panorama exhaustif, mais une synthèse d'éléments que l'on peut trouver sur le site [inegalites.fr](http://www.inegalites.fr). Il doit ainsi permettre d'identifier les domaines où il est urgent d'agir en matière de réduction des inégalités. Ce *Rapport sur les inégalités en France* est le fruit de quinze ans d'un travail minutieux de collecte et d'analyse de données. Il est le produit des efforts rigoureux d'une petite équipe de salariés et de bénévoles qui l'appuient. Ce second rapport fait suite à une première édition publiée en 2015 : notre volonté est de construire un rendez-vous biennal de référence en fournissant un outil concret, préalable à une salutaire confrontation de points de vue. En produisant un tel document, l'Observatoire des inégalités compte peser dans le débat tout en refusant les caricatures et la dramatisation excessive. Les amateurs de petites phrases, de rhétorique et de boucs émissaires (les immigrés, les riches, les assistés, etc.) en seront pour leurs frais. L'Observatoire ne fait pas commerce des inégalités et signale clairement les domaines où les écarts s'accroissent mais aussi là où ils se réduisent. Quoi de neuf ? L'objectif de ce second *Rapport sur les inégalités en France* est de mettre à la disposition du grand public un panorama complet du phénomène. Cette seconde édition présente les dernières données disponibles, de nouveaux articles et une conception de l'ouvrage entièrement repensée. Cette publication bénéficie en particulier de l'apport d'enquêtes statistiques rares et récentes dans des domaines tels que les hauts revenus, le patrimoine, le logement ou l'éducation. L'Observatoire y aborde de nouveaux champs tels que les inégalités en matière de conditions de travail, de santé (obésité, tabac, etc.), ou encore la présence des catégories sociales à la télévision et la précarité énergétique.

Synthèse : http://www.inegalites.fr/IMG/pdf/rapport_sur_les_inegalites_2017_-_synthese_web_-_credit_observatoire_des_inegalites_20170613.pdf

Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ?

Jusot F., Legal R., Louvel A., et al. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. Questions d'économie de la santé. n°225. 2017. 6p.

La solidarité assurée par un système d'assurance maladie provient des transferts qu'il opère entre individus de classes de revenus différentes. Cette solidarité dépend des structures de consommations de soins et de cotisations à l'assurance maladie par niveau de vie. La solidarité du système français relève essentiellement du financement progressif de l'assurance maladie obligatoire : les plus aisés contribuent plus que les plus pauvres. Mais en dépit de fortes inégalités sociales de santé, qui impliquent des besoins de soins plus importants chez les plus pauvres, les prestations sont relativement homogènes entre classes de revenus. Elles n'augmentent donc que très faiblement la solidarité du système en raison des barrières à l'accès à certains soins. Au contraire de l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire et les restes à charge induisent très peu de transferts entre groupes de revenu. La mixité du système d'assurance maladie français est donc également un facteur limitant de sa solidarité entre classes de revenus. (résumé Bdsp)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/225-assurance-maladie-et-complementaires-sante.pdf>

Les conditions de vie des enfants construisent la santé et ses inégalités sociales à l'horizon de plusieurs décennies. Editorial.

Lang T, Kelly-Irving M., Delpierre C. Archives de pédiatrie. n°8. 2017. pp.699-702.

Quand il porte un bébé dans ses bras, un épidémiologiste peut se dire que cet enfant a entrepris son processus de vieillissement. La crise économique actuelle et ses retentissements sur les enfants, la persistance dans notre pays d'inégalités sociales de santé et la littérature sur l'épidémiologie biographique (*lifecourse epidemiology*) incitent à voir dans cet enfant un être qu'il faut protéger pour lui-même et dont il faut prendre soin, mais aussi un être en devenir dont les conditions de vie préparent la santé de la population adulte dans 40 ou 50 ans. C'est donc une raison de plus pour prêter attention au développement de l'enfant et à ses conditions de vie. Le niveau élevé de pauvreté des enfants dans notre pays est inacceptable en soi. On peut ajouter qu'il prépare la santé des adultes dans quelques décennies. Or les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas avec les années. En 2013, selon l'Institut national des études économiques (INSEE), l'écart d'espérance de vie à 35 ans était de plus de 6 ans entre les hommes ouvriers et les cadres. À 35 ans, un ouvrier pouvait espérer vivre 24 ans sans incapacité, tandis qu'un cadre peut espérer vivre 34 ans dans les mêmes conditions. La réduction des inégalités sociales de santé est donc une priorité de santé publique en France. Elle génère une demande de plus en plus explicite de connaissances pour développer des interventions susceptibles de les réduire dans une période de crise économique. Cette orientation implique une attention accrue aux conditions de développement de l'enfant. (résumé d'auteur)

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X17302129>

La «Health Literacy», un moyen pour réduire les inégalités sociales de santé.

Bragard I., Coucke Ph.A., Pétré B., et al. Revue médicale de Liège. n°1. 2017. 6p.

La Health Literacy (HL) se définit comme 'la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information en matière de santé en vue de porter des jugements et de prendre des décisions de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie'. Au niveau politique belge, ce concept commence à être reconnu comme étant un domaine

d'action prioritaire. En effet, une HL limitée peut affecter la santé en conduisant, par exemple, à une moins bonne gestion des maladies chroniques, à davantage d'hospitalisations et de décès prématurés. Cet article aborde la question de l'évaluation de la HL, des interventions pour l'améliorer ainsi que les nombreux défis qui restent à relever dans ce domaine. La HL semblerait fondamentale pour le développement d'une meilleure gestion de la santé. Elle permettrait au patient de jouer un rôle plus actif dans la prise en charge de sa santé, de responsabiliser tous les acteurs de la santé, et de contribuer à un système de santé plus viable. Améliorer la HL devrait permettre une meilleure égalité d'accès aux soins de santé. (résumé d'auteur)

<http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/207629/1/La%20Health%20Literacy%20un%20moyen%20pour%20r%C3%A9duire%20les%20in%C3%A9galit%C3%A9s%20sociales%20de%20sant%C3%A9.pdf>

L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Mesure des inégalités sociales, déterminants sociaux et territoriaux de la santé.

Santé publique France, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. 2017. 18p.

Ce chapitre du rapport sur l'état de santé de la population présente donc, dans une première partie, un certain nombre d'indicateurs considérés comme déterminants de la santé qu'il s'agisse : d'indicateurs de position sociale considérée comme déterminant structurel de la santé, utilisés dans la mesure des inégalités sociales de santé ; d'indicateurs d'accès aux soins.

Dans une deuxième partie, afin de mesurer les disparités sociales en France à un niveau géographique fin, une typologie a été réalisée à partir d'indicateurs sociaux déclinés à l'échelle communale. La typologie obtenue met en relief les situations contrastées qui se retrouvent entre les zones urbaines, périurbaines et rurales, mais aussi les disparités qui existent entre régions et, au sein de celles-ci, pour une même unité urbaine. Par ailleurs, dans les autres chapitres du rapport, la mesure des inégalités sociales et territoriales de santé a été présentée pour tous les indicateurs pour lesquels cela s'est avéré possible.

http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Mesure_des_inegalites_sociales_determinants_sociaux_territoriaux_sante.pdf

Les inégalités s'installent dès la petite enfance.

Haut Conseil de la santé publique. La santé en action. n°437. 2017. pp.13-14.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a publié, en juillet 2016, un rapport intitulé « *Crise économique, santé et inégalités sociales de santé* ». Un chapitre est consacré à la petite enfance, le Haut Conseil insistant sur le fait que l'état de santé de l'adulte est lié aux conditions de vie dans l'enfance. Extraits concernant deux thèmes : l'importance de la période préscolaire et les politiques vis-à-vis de la petite enfance. (résumé Bdsp)

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-437.pdf>

Crise économique, santé et inégalités sociales de santé.

Haut Conseil de la Santé Publique. 2016. 104p.

Les crises économiques affectent particulièrement les populations les plus socialement démunies et les politiques qu'elles suscitent peuvent avoir des conséquences sur la santé et les inégalités sociales de santé. Des études conduites dans plusieurs pays suggèrent un impact complexe à court terme : on note par exemple une dégradation de la santé mentale, une augmentation des suicides mais une baisse des accidents de transports. Certains travaux, par ailleurs, suggèrent aussi une relation négative entre l'évolution des dépenses de protection sociale et la mortalité toutes causes. Ce rapport, rédigé par un groupe de travail du HCSP, vise à identifier des recommandations d'action, de surveillance et de recherche pour limiter les effets de la crise économique et des mesures d'austérité sur la santé. Le

rapport entend également insister sur les effets à long terme de la crise et surtout des choix politiques qui seront faits. (résumé Bdsp)

Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants : Principaux résultats de l'édition 7 de l'Enquête Sociale Européenne.

Consortium pour l'Infrastructure de Recherche de l'Enquête Sociale Européenne. 2016. 18p.

L'Enquête Sociale Européenne vise à garantir que les personnes vivant en Europe sont mieux entendues, en faisant connaître leurs opinions et en éclairant leurs conditions sociales. Le présent rapport préliminaire porte sur l'un des aspects les plus importants de nos vies, la santé, et souligne les grandes inégalités qui existent à la fois à l'intérieur de chaque pays et entre les pays européens. (extrait du texte)

<http://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS7-Topline6-Health-FRENCH.pdf>

Les inégalités de santé au carrefour de la veille, de la prévention et de la recherche

Santé publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n°16-17. 2016. 55p.

Si en France, comme dans les pays comparables, les indicateurs, telle l'espérance de vie, attestent d'une amélioration de l'état de santé depuis les années 1970, nous ne parvenons pas à réduire l'écart important qui se maintient entre les cadres et les ouvriers. Cette amélioration est plus importante pour les catégories sociales ou les territoires les plus favorisés, lesquels avaient déjà au départ un meilleur état de santé. Ce constat vaut pour la mortalité, la morbidité, les déterminants et les comportements de santé. Ainsi, s'il n'y est pas prêté attention, les innovations visant à améliorer la santé et les programmes de santé publique contribuent à aggraver les inégalités. En matière de tabagisme, le dernier Baromètre santé (2014) en atteste clairement : le différentiel de prévalence du tabagisme entre ceux qui n'ont pas de diplômes et ceux avec un niveau d'étude plus élevé (supérieur au baccalauréat) a été multiplié par plus de 3 entre 2000 et 2014.

http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2016/16-17/pdf/2016_16-17.pdf

Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité. Rapport.

Haut Conseil de la santé publique. 2009. 101p.

Les inégalités sociales de santé font référence non seulement aux groupes de démunis et précaires (objectif 34 de la Loi relative à la politique de santé publique) mais aussi au gradient continu, qui existe dans l'ensemble de la population, en fonction des positions sociales. Il concerne non seulement les marges et les groupes extrêmement défavorisés, mais plus généralement la population bien insérée socialement (le gradient observé est continu des ouvriers, employés aux cadres en passant par les professions intermédiaires). Cette question ne fait cependant l'objet d'aucun plan de santé publique explicite. La France ne fait pas partie des pays qui ont signé et participé aux travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Les objectifs du groupe de travail sont de : faire le point sur les données caractérisant les inégalités ; réfléchir à l'intérêt et à la nature d'indicateurs de santé concernant les inégalités sociales de santé ; faire des propositions d'interventions et d'objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités de santé. (résumé d'auteur)

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf

