



IPSE



3 questions à...

Alfred SPIRA

Professeur honoraire de santé publique et d'épidémiologie à la Faculté de Médecine de Paris Saclay



Nicolas LEBLANC

Médecin de santé publique au sein du groupe VYV



Santé : les inégalités tuent !

« Santé : les inégalités tuent ! ». Comme l'indique son titre percutant, cet ouvrage publié aux Editions du Croquant est une démonstration implacable du coût humain engendré par les inégalités sociales de santé. Loin d'être un seul réquisitoire, l'ouvrage de Nicolas Leblanc, médecin de santé publique au sein du groupe VYV et élu local en charge du projet territoire de santé auprès de la mairie de Fontenay-sous-Bois et d'Alfred Spira, professeur d'épidémiologie, membre de l'Académie nationale de médecine, comprend également de nombreuses propositions pour enrayer le fléau des inégalités sociales de santé. Un plaidoyer salutaire dont les grands axes sont évoqués dans cet entretien qu'ils ont bien voulu accorder à l'IPE.

1 La crise sanitaire aura tragiquement mis en lumière l'ampleur des inégalités sociales et territoriales de santé. D'après une enquête de l'Insee, les territoires les plus pauvres ont été ceux où la mortalité a été la plus forte. Dans ces mêmes territoires, le succès de la campagne nationale de vaccination contre la COVID-19 aura été plus mitigé, en particulier pour les personnes âgées. Partout, les « premiers de corvée », travailleurs indispensables à nos modes de production et de distribution, mis à l'honneur pendant le premier confinement auront payé tout au long de la crise sanitaire un très lourd tribut en termes de vies humaines abimées et perdues. Selon vous, les autorités ont-elles pris la mesure du phénomène des inégalités sociales de santé ? Leur réponse vous semble-t-elle à la hauteur des enjeux ?

► Le « syndrome de la vie de merde » pour les uns et la « promenade de santé pour les autres ». C'est la réalité sociale aux extrêmes dans notre pays. En effet l'augmentation des inégalités sociales de santé se traduit aujourd'hui par une différence d'espérance de vie à la naissance en France de treize ans entre les plus pauvres et les plus fortunés. Il en va de même en ce qui concerne la prévalence plus importante au bas de l'échelle sociale des principales pathologies, en particulier les maladies chroniques que sont les cancers, les maladies métaboliques et cardiovasculaires, le diabète, l'obésité, les maladies respiratoires (BPCO), les principales pathologies responsables du fardeau global des maladies ; en même temps que l'exposition aux principaux facteurs de risque (tabac, alcool, mal bouffe, sédentarité, addictions, non traitement de l'HTA...).

Au-delà des mécanismes biologiques et médicaux qui en sont à l'origine, la survenue de ces maladies est socialement déterminée et inégalitaire. Comprendre les déterminants sociaux de santé et comprendre comment les facteurs sociaux façonnent les vies, les corps et les comportements permet d'envisager des solutions. Celles-ci doivent prendre en compte ces différences sociales. Les mesures de prévention et de prise en charge des maladies doivent être adaptées au niveau culturel, social et économique des personnes, c'est l'universalisme proportionné. On ne les prévient pas, on ne les traite pas de la même façon selon qu'on a affaire à des personnes riches ou pauvres, selon leur niveau d'éducation, selon leur mode de vie professionnel, leur habitat, leur accès aux services de santé, leurs comportements, leur situation sociale... Leur prévention doit reposer sur la participation effective, individuelle et collective, des groupes sociaux concernés et des personnes qui les composent (autonomie des personnes, démocratie sanitaire).

Avril 2022



IPSE



3 questions à...

Alfred SPIRA

Professeur honoraire de santé publique et d'épidémiologie à la Faculté de Médecine de Paris Saclay



Nicolas LEBLANC

Médecin de santé publique au sein du groupe VYV



Enfin, la santé publique ne se limite pas à la prévention des comportements à risque (alimentation, addictions, etc.), même si celle-ci reste essentielle. Les déterminants sociaux de la santé sont très importants. Il faut donc lutter contre la tentation de substituer à une action collective traitant des causes sociales une approche culpabilisante faisant peser sur les individus la responsabilité de leurs difficultés et envisager des politiques plus globales (HAS, LETTRE OUVERTE - Mis en ligne le 31 mars 2022).

Nos modes d'organisation éducative, socioéconomique et politique ont des conséquences multiples, notamment sur la santé. Au milieu du 19e siècle un médecin français, Villermé, fit une découverte qui allait révolutionner les représentations : la durée de vie, ce que l'on nomme aujourd'hui l'espérance de vie, est bien moins déterminée par des forces occultes (les vents, les humeurs, les astres...) ou la volonté divine que par l'« aisance », le niveau des revenus et d'éducation, la profession et l'habitat... Ainsi évoluent conjointement dans le temps et dans l'espace, les inégalités sociales de santé et le cortège de maladies qui les accompagnent, dans des interactions difficiles à déconstruire, source d'une « syndémie » qu'il convient de comprendre pour mieux la combattre. Le cumul des déterminants sociaux défavorisants s'accompagne de dérèglements des corps et des esprits qui détériorent la qualité de la vie, le bien-être. C'est cet enchevêtrement complexe qu'il faut déconstruire et comprendre et aux effets duquel il faut tenter de mettre fin, ce qui n'est pas chose aisée. C'est le but de la santé publique : comprendre pourquoi certains sont malades et d'autres pas, en combinant les connaissances biologiques, médicales et sociales, puis agir en fonction des connaissances acquises. Ceci nécessite d'intervenir largement au-delà du domaine médical.

Au niveau des populations, entre les situations extrêmes, les inégalités de santé se répartissent tout au long de l'échelle sociale. C'est ce qu'on appelle le gradient social de la santé. Quelle est la nature de ces inégalités ? Elles sont d'abord sociales, fortement liées aux niveaux d'éducation, de revenus, aux conditions de travail, de position sociale, de comportements à risque; elles sont territoriales, les conditions de vie et d'accès aux services de santé étant fortement dépendantes des lieux de vie; elles sont liées au genre, les différences de santé entre les femmes et les hommes résultant de différences biologiques, médicales et sociales qui affectent aussi bien la prévention, la prise en charge que les représentations de la santé. Elles sont enfin environnementales, la distribution des perturbations de l'environnement étant hétérogène aussi bien spatialement que socialement. Inégalités sociales et inégalités environnementales se conjuguent de façon complexe au sein de l'exposome. Ces interactions aggravent les disparités et les inégalités. Derrière ces chiffres se met en œuvre une réalité sociale qui doit être comprise pour être corrigée. Ceci nécessite de conjuguer des disciplines différentes que sont la biologie, la médecine, les sciences sociales et économiques, la géographie, etc., dans une approche intersectionnelle qui conjugue les diversités des déterminants qui sont à l'œuvre dans une transdisciplinarité visant à appréhender la complexité des identités et des inégalités sociales par une approche intégrée.

2 Le « boom » des maladies chroniques affecte le plus généralement les plus pauvres. Selon l'OMS, le nombre de décès lié au diabète dans le monde a augmenté de 70% depuis l'an 2000. En France, comme dans une majorité de pays de l'UE, la prévention apparaît le plus souvent comme le parent pauvre des politiques de santé publique. Un changement de paradigme s'avère toutefois indispensable pour enrayer la propagation de maladies qui touchent les populations les plus défavorisées. Existe-t-il selon vous un pays de l'UE qui s'illustre par une politique de prévention efficiente ? Quelles sont les mesures qui s'imposent pour aller vers de réelles politiques de prévention à destination des publics les plus précaires ?

► Les pays du Nord de l'Europe ont vraisemblablement été ceux qui ont été le plus actifs dans ce domaine. Le pays qui s'engagea le premier dans cette voie fut la Grande Bretagne. Après l'élection d'un gouvernement travailliste en 1997, presque 20 ans après la remise du « Black Report » (1982), une commission spéciale fut mise en place sous la Présidence de Sir Donald Acheson (1926-2010), ancien Chief Medical Officer (Directeur général de la santé)



IPSE



3 questions à...

Alfred SPIRA

Professeur honoraire de santé publique et d'épidémiologie à la Faculté de Médecine de Paris Saclay



Nicolas LEBLANC

Médecin de santé publique au sein du groupe VYV



du Royaume Uni, en même temps qu'une série d'initiatives sont décidées pour tenter de diminuer les ISS. Le rapport Acheson formule 39 recommandations principales et de nombreuses actions, qui vont de l'amélioration des conditions de logement pour les bénéficiaires des minima sociaux à l'amélioration des repas dans les cantines scolaires, en passant par la meilleure accessibilité des conditions de chauffage collectif des immeubles et une meilleure répartition territoriale des ressources des services de santé selon les situations sociales régionales. L'idée centrale était de mieux protéger la santé des familles avec des enfants en bas âge et de réduire la pauvreté.

Le Royaume Uni, en particulier l'Angleterre, est à coup sûr le pays où la stratégie de lutte contre les inégalités sociales de santé a été la plus importante. Ceci tient au travail très important de compréhension du phénomène et de propositions stratégiques qui a été entrepris et la grande longévité, 13 ans, d'un gouvernement travailliste (Tony Blair puis Gordon Brown de 1997 à 2010) qui a accompagné ces efforts sur le long terme, pendant plus de 10 ans.

La stratégie a été initiée en 1999, en listant les différents niveaux d'intervention :

- Instauration d'un revenu minimum, augmentation des revenus et des retraites, augmentation substantielle des crédits pour l'enseignement, le logement, rénovations urbaines et du système de santé ;
- Aides tournées vers les familles : soins aux enfants, gardes d'enfants, écoles maternelles, soutien aux familles à faibles revenus ;
- Stratégies territorialisées dans les zones géographiques de populations les plus défavorisées ;
- Politiques anti-tabac, y compris accès gratuits aux substituts nicotiques.

En 2003, à la suite d'une nouvelle revue systématique des actions entreprises, fixation de nouveaux objectifs :

- diminution de l'écart d'espérance de vie entre les territoires d'intervention ;
- ramener en 2010 à moins de 10% la différence de mortalité infantile entre les classes sociales ;
- quantification de l'apport de chaque intervention sur des pathologies spécifiques ; réduire la consommation de tabac chez les travailleurs manuels,
- diminution des risques cardio-vasculaires et cancéreux par le régime alimentaire et la diminution des apports en acides gras insaturés, promotion de l'activité physique et du contrôle tensionnel ;
- amélioration de la qualité de l'habitat (lutte contre le froid et l'humidité) ;
- réduction des accidents domestiques et de la circulation.

Ces stratégies nationales ont été déclinées selon les spécificités des territoires, avec une prise en compte des spécificités quantitatives et qualitatives des populations les plus vulnérables selon les territoires. Le budget total alloué à ces stratégies a dépassé 20 milliards de livres. Des évaluations et des analyses critiques rigoureuses ont accompagné ce programme.

Néanmoins, malgré l'importance des efforts et des moyens déployés, malgré la qualité de l'analyse, de la mise en œuvre des programmes d'intervention réalisés, le résultat ne fut pas une diminution mesurable des inégalités de santé.

Bien que l'ensemble des programmes annoncés aient été réalisés, les effets attendus ne furent pas au rendez-vous. Certes, les budgets scolaires furent augmentés, la pauvreté frappant les enfants a été diminuée, les facteurs de risque cardio-vasculaire furent mieux contrôlés. Mais l'espérance de vie à la naissance et la mortalité infantile, les deux principaux objectifs du programme, ne montrèrent pas d'amélioration attribuable aux actions entreprises. L'accès aux soins de santé primaires, la qualité de l'alimentation, la consommation de tabac ne furent que peu modifiés.



IPSE



3 questions à...

Alfred SPIRA

Professeur honoraire de santé publique et d'épidémiologie à la Faculté de Médecine de Paris Saclay



Nicolas LEBLANC

Médecin de santé publique au sein du groupe VYV



Des interventions très ciblées montrèrent des améliorations de la situation concernant les populations les plus précaires, mais globalement on n'enregistra pas d'évolution plus favorable concernant les inégalités sociales de santé mesurables par rapport aux autres pays, malgré l'importance des politiques engagées.

Ceci peut être dû à différents éléments :

- Les facteurs sur lesquels on a tenté d'agir n'étaient peut-être pas les plus sensibles. Par exemple, les conditions de travail et la consommation excessive d'alcool ont insuffisamment été pris en compte ;
- Les facteurs sur lesquels on a tenté d'agir étaient bien corrélés aux effets mesurés, mais rien ne prouvait que leur modification conduirait directement à une diminution des inégalités, du fait d'un chemin de causalité complexe et pas forcément modifié par les interventions et du fait de l'existence de nombreux facteurs de confusion et d'interactions.
- Les interventions ont pu ne pas concerner une fraction suffisamment importante de la population pour en mesurer des effets sur l'ensemble de la population.

Il apparaît donc que l'articulation entre une analyse fine en termes de santé publique de la situation sanitaire et la mise en œuvre de politiques globales pérennes, correctement implémentées, financées, suivies et évaluées soit indispensable pour éventuellement produire les effets escomptés. L'exemple en France des politiques de prévention et de lutte contre le VIH Sida est démonstratif de la nécessité d'une volonté forte, s'appuyant sur la participation effective de tous les secteurs concernés, y compris des citoyens, en respectant des principes de transparence et de démocratie.

3 La crise sanitaire aura mis en évidence le besoin d'une meilleure coordination des Etats membres de l'Union européenne en matière de politique de santé publique. Mais les contours de cette « Europe de la santé » qu'appellent de ses vœux le Parlement européen et la Commission demeurent encore très flous, et soumis au bon-vouloir des Etats membres de l'UE. D'après vous, quelle pourrait-être l'architecture de cette « Europe de la santé » ? Quelles priorités en termes de santé publique devraient guider son fonctionnement ?

► A l'heure actuelle, et la pandémie Covid 19 l'a bien montré, il n'existe pas de stratégie de santé publique coordonnée au niveau européen même si une collaboration existe entre les Etats membres pour le suivi et l'accompagnement de l'épidémie. La prise de conscience de l'importance des inégalités sociales de santé fut facilitée par la montée en puissance de données de santé. A côté des données de mortalité et des causes médicales de décès dans chaque pays, le développement rapide de systèmes collectifs de collecte et d'analyse de données de santé par l'European CDC, à partir d'organismes de distribution et de prise en charge des soins de santé (NHS en Grande Bretagne, Sécurité Sociale en France...) ou du développement de cohortes populationnelles, a grandement œuvré pour une prise en considération de ce phénomène. Néanmoins, l'absence de volonté politique forte et concordante de la part de tous les Etats membres a été un facteur important d'immobilisme. Ceci est peut-être lié aux montants des enjeux financiers et sociaux qui sont en jeu. L'analyse immédiate faisait apparaître une apparente contradiction entre la nécessité de politiques de santé protectrices s'appuyant sur l'ensemble des secteurs d'activités différemment organisés selon les pays, alors qu'*in fine* la protection et la préservation de la santé des personnes bénéficient en même temps aux personnes et aux sociétés au sein desquelles elles évoluent. Si le financement de l'assurance maladie et de la santé représente aujourd'hui des sommes considérables (en France 2020 plus de 250 milliards d'euros et plus de 12% du PIB), il n'est plus à démontrer que la prévention des maladies chroniques non transmissibles consécutives aux mauvaises conditions de vie, de travail, de revenus, d'éducation, de transports, etc. permettrait à la fois d'améliorer le bien-être individuel et le fonctionnement social, financier et économique de nos sociétés, ou pour le moins à diminuer le fardeau de la maladie. Néanmoins, les dispositifs sociaux et sanitaires diffèrent considérablement entre les pays.



IPSE



3 questions à...

Alfred SPIRA

Professeur honoraire de santé publique et d'épidémiologie à la Faculté de Médecine de Paris Saclay



Nicolas LEBLANC

Médecin de santé publique au sein du groupe VYV



Même si des analyses d'ensemble sont produites, la prise en compte de leurs propositions ne se traduit pas par la mise en place d'interventions similaires ou différentes et coordonnées. Ceci ne sera rendu possible que par la mise en place d'une « politique de santé publique commune », qui ne dépend « que » d'une prise de décision politique unanime et d'une inscription dans les traités européens. On sait combien ceci a été et demeure difficile dans d'autres domaines, par exemple l'agriculture. Néanmoins, les enjeux économiques et sociaux sont tellement importants que l'on peut espérer que l'existence de nombreuses actions européennes communes qui existent déjà (urgences sanitaires, données de santé, sécurité sanitaire et maladies infectieuses, vaccinations, médicaments et produits de santé, cancers, santé mentale, personnels de santé, voyages, groupes d'experts....) et que les prémisses existant dans le domaine de la recherche par l'European Research Council, du médicament par l'Agence européenne du médicament (EMA) ou de la prévention et du contrôle des maladies par l'European CDC constituent les fondements de cette politique commune. Et donc que la lutte contre les inégalités sociales de santé pourra aussi être coordonnée au niveau européen respectant les principes de base de la santé publique. ■

Cet ouvrage peut être commandé directement en version papier ou numérique [ici](#):

<https://editions-croquant.org/actualite-politique-et-sociale/809-sante-les-inegalites-tuent.html>