



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UEC 13 Sociologie et Anthropologie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Inégalités sociales de santé

I. Les déterminants sociaux de santé

Dans les déterminants sociaux, il y a des **indicateurs** segmentés de manière à déterminer un groupe social : catégories socioprofessionnelles, niveau de diplôme, tranche d'âge, genre...

Selon la nomenclature de l'INSEE, les exemples de professions et catégories socio-professionnelles sont :

- Les **groupes socio-professionnels** (8 postes : agriculteurs, artisans/commerçants/chefs d'entreprises, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, retraités, autres personnes sans activité professionnelle)
- Les **catégories socioprofessionnelles**
- Les **professions** (311 postes en 2020)

Catégorie socioprofessionnelle	Indice de mortalité (1) (SMR de 30 à 75 ans)	Probabilité de décéder entre 35 et 45 ans (en %) (2)	Espérance de vie à 35 ans (en années) (3)
Cadres, professions libérales	0,60	13,0	44,5
Cadres de la Fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	0,57	12,0	46,0
Cadres d'entreprise	0,61	13,5	43,5
Professions libérales	0,69	15,0	44,0
Agriculteurs exploitants	0,72	15,5	43,0
Professions intermédiaires	0,77	17,0	42,0
Prof. intermédiaires de l'enseignement, la santé, la Fonction publique et assimilées	0,71	16,0	42,5
Techniciens	0,72	16,5	42,0
Contremaîtres, agents de maîtrise	0,77	16,5	42,5
Prof. intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	0,84	19,0	41,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0,84	18,5	41,5
Chefs d'entreprise	0,57	12,5	43,5
Artisans	0,84	18,5	41,5
Commerçants et assimilés	0,90	19,5	41,0
Employés	1,03	23,0	40,0
Employés du commerce	0,97	22,0	40,5
Employés de la Fonction publique	1,00	22,0	40,5
Employés administratifs d'entreprise	1,03	23,5	40,0
Personnels des services directs aux particuliers	1,41	33,0	36,5
Ouvriers	1,18	26,0	38,0
Ouvriers qualifiés	1,12	24,5	38,5
Ouvriers agricoles	1,16	27,0	37,5
Ouvriers non qualifiés	1,30	29,0	37,0
Actifs	0,93	21,5	40,5
Inactifs (hors retraités)	2,09	41,5	34,0
Ensemble	1,00	22,0	40,0

1. SMR : indicateur standardisé de mortalité. 2. Les pourcentages sont arrondis au demi-point le plus proche. 3. L'espérance de vie est arrondie à la demi-année la plus proche.

La santé et la maladie sont des situations dont les gens font différemment **l'expérience** en fonction de **déterminants sociaux**.

Les déterminants sociaux de santé sont **l'ensemble des facteurs** qui influent sur l'état de santé des populations et des individus. Ils sont à comprendre à partir de **ressources** physiques, environnementales, sociales et culturelles. Il y a plusieurs facteurs impliqués :

- **Facteurs physiques et biologiques** (âge, sexe-genre, génétique...) sont aussi à considérer d'un point de vue social
- **Facteurs environnementaux physiques et sociaux** :
 - o Environnements physiques (pollution, expositions...)
 - o Conditions de vie (logement, cadre de vie...)
 - o Position dans la hiérarchie sociale des capitaux
 - o Conditions de travail (expositions pathogènes, usure, stress...)
 - o Environnement sanitaire (équipements de soins, services de santé, accessibilité aux soins...)
- **Facteurs comportementaux** (individuels et collectifs) :
 - o Pratiques de santé et de soin (consultations, dépistages...)
 - o « Conduites à risques
- + **Déterminants transversaux** de socialisation

C'est l'**intrication cumulative** et biographique de plusieurs déterminants qui produit les écarts sociaux de santé.

Au cours du 20^{ème} siècle en France, il y a eu une très nette **amélioration de l'état de santé** des populations, avec un recul des maladies infectieuses et un allongement de l'espérance de vie.

Cependant des **différences** d'espérance de vie entre les **groupes sociaux** persistent.

Un constat a été fait : entre 2008 et 2018, il y avait 6 ans d'espérance de vie en moins pour un ouvrier non qualifié que pour un cadre supérieur ; un ouvrier a deux fois ½ plus de risque de mourir entre 35 et 60 ans qu'un cadre supérieur.

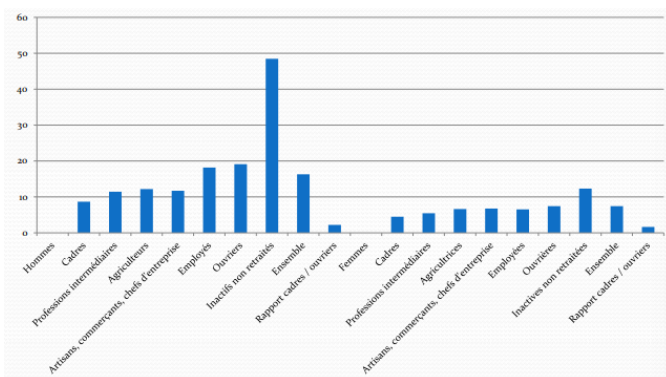
II. Le gradient social de santé

Les inégalités sociales de santé suivent le **gradient social** de santé c'est-à-dire l'association entre la position dans la **hiérarchie sociale** et l'état de santé.

Plus on monte dans la hiérarchie sociale des capitaux (notamment de revenus et de diplômes) plus l'espérance de vie est élevée.

Ce gradient se retrouve dans **l'ensemble des facteurs de morbidité** (c'est-à-dire d'expositions à différentes maladies), dans les accidents domestiques et de la route et dans la santé perçue (l'état de santé tel que jugé par les individus eux-mêmes).

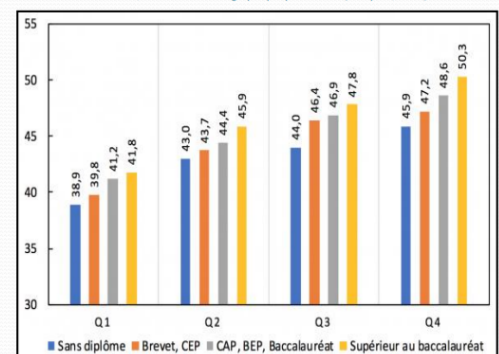
Le schéma ci-dessous montre le taux de mortalité entre 35 et 64 ans par catégorie socioprofessionnelle (1/1000)



■ Espérance de vie à 35 ans des hommes selon le quartile de revenus et le niveau de diplôme. France, années 2012-2016

Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent [Blanpain, 2018]

2003



Les inégalités sociales de santé peuvent être illustrées par la **santé buccodentaire des enfants**.

Le lien entre la position occupée dans la hiérarchie sociale et l'hygiène buccodentaire est un **marqueur des inégalités sociales** de santé dès le plus jeune âge.

Il existe des disparités tant sur l'état de santé buccodentaire que sur le recours au dentiste. (DREES, Santé des adolescents, 2017)

- En maternelle, 4 % des enfants de cadres ont au moins une carie non soignée (23 % des enfants de milieu ouvrier)
- Les écarts persistent au fil de la scolarité. En CM2, 19 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée non soignée (2,4 fois plus que ceux de cadres)
- En classe de troisième, 41 % des enfants d'ouvriers (24% d'enfants de cadres) ont au moins une dent cariée
- Le programme de prévention « M'T'Dent » (Assurance maladie depuis 2007) propose des consultations gratuites à différents âges de l'enfance et de l'adolescence. Mais l'Assurance Maladie constate que des écarts se poursuivent entre groupes sociaux, les bénéficiaires de la CMU s'emparant moins du programme.

Les écarts de santé buccodentaire entre cadres et ouvriers tiennent à deux grand types de facteurs :

- Le **déterminant économique** en raison d'un accès aux soins dentaires plus ou moins facilité par le niveau de revenu, l'existence d'une couverture complémentaire et le niveau de remboursement de cette dernière
- Mais le **non recours** aux examens gratuits de M'T Dents montre que ce sont aussi les habitudes de vie et la socialisation qui constituent un facteur important :
 - o Les parents des catégories les plus favorisées, eux-mêmes habitués aux visites régulières chez le dentiste dans leur enfance, sont davantage à l'écoute des messages de prévention et associent plus souvent alimentation (effets des sucres sur les dents) et santé
 - o La peur du dentiste et les barrières dans la communication entre les praticiens et les patients jouent aussi un rôle important.
 - o Chez les personnes les plus démunies, la crainte du stigmatisme et de la discrimination en raison de dents particulièrement dégradées se rajoutent aux motifs de non-recours

Les **trajectoires de précarité** et de **désaffiliation sociale** s'accompagnent souvent d'une dégradation de l'état de santé, que ces états morbides soient la cause ou la conséquence de la désaffiliation. Ce ne sont pas nécessairement les bénéficiaires de la CMU qui renoncent le plus aux soins pour raison financière notamment en ce qui concerne les soins auprès des médecins généralistes. En revanche, ces bénéficiaires sont en plus mauvais état de santé que les autres assurés.

Les déterminants sociaux de santé sont **cumulatifs** :

- Les situations précaires telles que le vécu de longues périodes de chômage ont des conséquences sur la santé et cumulativement celles-ci rendent plus difficiles le retour vers l'emploi
- Les personnes en situation d'exclusion sociale, lorsqu'elles accèdent ou recourent aux soins, présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres
- La notion de précarité dépasse la dimension exclusivement économique, elle doit être comprise comme une accumulation de conditions de vie instables qui peuvent notamment conduire à une rupture des liens sociaux

III. Comment comprendre les inégalités sociales de santé ?

1. L'accès aux soins

L'accès aux soins est une **problématique territoriale** de l'offre de soins (inégalités territoriales de santé) : déserts médicaux, délais et attentes de rendez-vous. L'accès aux soins nécessite une **accessibilité financière** avec des coûts supplémentaires, des franchises, la part laissée aux patients ou aux assurances complémentaires est en augmentation.

Dans un rapport des médecins du monde publié en 2020 sur la France, on retrouve :

- 80% de personnes disposant de droits théoriques à la couverture maladie n'en bénéficient pas dans les faits
- L'autre spécificité est le non recours : les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté consultent moins souvent que le reste de la population et elles sont bien moins nombreuses à recourir aux pratiques de dépistage ou de prévention

L'accès aux soins comprend aussi **l'accessibilité à l'information** (avoir la bonne information) et les difficultés pour comprendre le système de santé et s'y orienter. Enfin, l'accès aux soins dépend de **logiques sélectives** auprès des patients : patients difficiles, insolubles, pouvant augmenter les durées moyennes de séjours en SSR, refus de patients CMU, honoraires de type 2...

Hélène Revil, « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », *Regards*, vol. 53, no. 1, 2018

2. Le recours aux soins

Le recours aux soins dépend de **facteurs culturels** de distanciation symbolique aux savoirs spécialisés et des socialisations différenciées quant au rapport à la prévention et au corps.

Les **relations** avec les professionnels de santé peuvent conduire au **non recours**. Il est un déterminant de la demande de soins et de leur continuité.

Anne-Marie Arborio, Marie-Hélène Lechien, " Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé ". Olivier Masclat, Séverine Misset, Tristan Poullaouec. « La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires », 2019

Les **fractions stables** des classes populaires « revendiquent un usage raisonnable des services médicaux, avec un recours prioritaire au généraliste. Le spécialiste, plus coûteux, plus éloigné, est aussi plus distant socialement ». Il y a aussi des différences dans l'aptitude à verbaliser les messages corporels :

- « Les classes **populaires** restent en **moins bonne santé** que les classes moyennes et supérieures en raison notamment de leurs conditions de travail, mais elles sont moins éloignées que par le passé des institutions et des normes sanitaires ».
- « Néanmoins, leurs pratiques corporelles, malgré leur diversité, ont toutes chances d'être qualifiées de « mauvaises » parce que toujours supposées « **en retard** » sur les **normes** les plus récentes. Il peut y avoir un traitement différencié des patients en fonction de leur aptitude à se conformer aux attendus implicites de la consultation (utiliser le langage précis des symptômes dans le temps bref de la consultation et se montrer attentif aux prescriptions) ».

3. Le rôle des facteurs relationnels

Les facteurs relationnels ont plusieurs rôles :

- **Niveau de sociabilité** (ou d'isolement social)
- **Sentiment de maîtrise de son activité** (sentiment d'exercer un contrôle sur son activité notamment professionnelle) et locus de contrôle
 - o **Locus de contrôle interne** : l'individu perçoit que les événements qui lui arrivent sont les conséquences d'actions passées
 - o **Locus de contrôle externe** : l'individu attribue les causes des événements par des facteurs sur lesquels il a peu de prise (hasard, chance, destin, volonté divine...)
- **Reconnaissance et estime de soi**

Les facteurs relationnels sont à comprendre comme des facteurs sociaux.

4. Le rôle des comportements néfastes de santé

Pour comprendre le rôle des **comportements néfastes de santé**, il ne faut pas s'en tenir au modèle épidémiologique courant qui explique essentiellement les écarts de mortalité et de morbidité par les comportements.

« Les comportements à risque ne sont pas que des conduites individuelles décidées par des acteurs rationnels mais des pratiques relevant d'**habitus familiaux**, de valeurs transmises, de références esthétiques, de modes de socialisation et de contraintes économiques »

Il faut savoir distinguer les **causes proximales** (comportements individuels, ex : fumer) et les **causes fondamentales** (le contexte socio-économique et les modèles hérités par les modes de socialisation).

IV. Des processus biographiques cumulatifs d'avantages et de désavantages

L'ensemble des déterminants sociaux de santé (socio-économiques et socioprofessionnels, éducatifs, culturels et relationnels, d'accessibilité aux soins, de recours ou de non recours) ne constituent pas par eux-mêmes des facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé.

C'est le **degré d'accumulation** de ces déterminants **tout au long de la vie**, le longitudinal comme dimension épidémiologique (lifecourse epidemiology ou épidémiologie du cours de la vie) qui permet de les expliquer.

Exemple de processus cumulatifs : plus on descend dans l'échelle sociale, plus la surmortalité des chômeurs de longue durée est élevée.

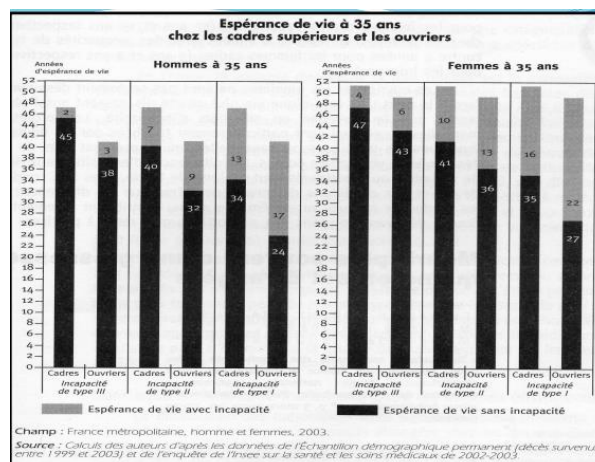
Les inégalités sociales de santé sont donc d'abord produites par **des processus sociaux** cumulatifs et continus (biographiques) d'avantages et de désavantages et par le **capital santé** qui peut être différencié dès la naissance pour des raisons qui ne sont pas que génétiques mais aussi sociales en fonction des conditions de vie de la mère (facteurs épigénétiques).

Ces processus sont **amplifiés** lorsque les déterminants de défavorisation **se cumulent**.

Pour le sociologue britannique **David Blane**, « les expériences sociales passées et présentes s'inscrivent dans la **physiologie et la pathologie du corps**. Le social est littéralement incorporé (embodied) ».

Un enfant né dans une famille avec du confort matériel et des liens affectifs harmonieux a plus de chances de réussir ses études et d'occuper un emploi bien rémunéré et stable avec tous les avantages que cela constitue au moment de la retraite qu'un enfant né dans une famille économiquement démunie, avec des parents moins diplômés, vivant dans un quartier de relégation avec de multiples problèmes relationnels. Cet enfant aura plus de probabilités de connaître des difficultés dans sa scolarité, d'arrêter précocement l'école, de trouver un emploi peu qualifié et mal rémunéré et comportant des risques pour sa santé. Entre ces deux extrêmes il existe tout un continuum de situations où les avantages et les désavantages se trouveront plus ou moins susceptibles d'affecter les états de santé.

L'espérance de vie **baisse** au fur et à mesure que l'on **descend dans la hiérarchie sociale** (gradient social de santé) mais ces personnes passent aussi plus de temps de vie avec des incapacités après 65 ans. Le vécu physique du vieillissement dépend beaucoup de la vie que l'on a eue avant.



V. Conclusion

Les inégalités de santé sont le **résultat final** des **autres inégalités** sociales.

Les conditions concrètes d'existence (sociale, psychologiques) **s'incorporent**.

Nous ne sommes **pas égaux socialement**, économiquement, éducativement, territorialement...pour faire face à l'expérience de maladie, en particulier chronique, lorsqu'elle s'installe dans le quotidien et la durée. On parle alors davantage **d'inéquités de santé** que d'inégalités sociales de santé : à événement égal nous ne sommes pas égaux pour faire face.