



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UEC 13

Sociologie et Anthropologie

Inégalités Sociales de Santé (ISS)

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 ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de P.MANUELLO présenté le 13/11/2023.

Inégalités Sociales de Santé (ISS)

Lire l'étude sur le diabète sur Moodle en lien avec ce cours

I. Les déterminants sociaux de santé

Ce sont des indicateurs segmentés de manière à déterminer un groupe social : Catégories socioprofessionnelles, niveau de diplôme, tranche d'âge, genre...

Les indicateurs les plus saisis dans les statistiques qui prouvent les inégalités sociales de santé sont les PCS (Professions et Catégories Socio-professionnelles) selon la nomenclature de l'INSEE :

- 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) (6 postes en 2020 nomenclature rénovée <https://www.nomenclature-pcs.fr>)
- Les catégories socioprofessionnelles ou CSP (29 postes en 2020)
- Les professions (311 postes en 2020)

Catégorie socioprofessionnelle	Indice de mortalité (1) (SMR de 30 à 75 ans)	Probabilité de décéder entre 35 et 65 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	0,59	13,0	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

Ces catégories nous permettent de distinguer les groupes sociaux et de regarder la prévalence des déterminants sociaux au sein de ces catégories.

Santé et 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.

- 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, harcèlement, stress...)
 - o Environnement sanitaire = offre de soin (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 20ème siècle en France, il y a une très nette amélioration de l'état de santé des populations, recul des maladies infectieuses et allongement de l'espérance de vie.

Cependant des différences d'espérance de vie entre les groupes sociaux persistent, un constat :

- Entre 2008 et 2018 : 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

a. Définition

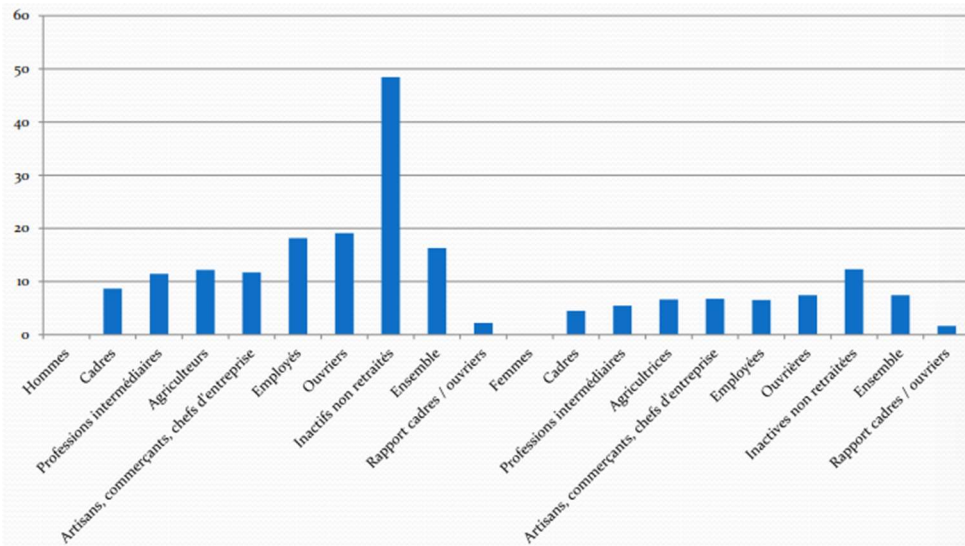
Les ISS suivent le gradient social de santé c'est-à-dire l'association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé.

- 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 (Matthieu Grossetête, Un problème de santé publique méconnu, les accidents domestiques) et de la route (M. Grossetête, La sécurité routière au radar des inégalités sociales) et dans la santé perçue (l'état de santé tel que jugé par les individus eux-mêmes).

b. Illustrations du gradient social de santé.

Taux de mortalité entre 35 et 64 ans par CSP (1/1000) – source INSEE 2018-2019



Sur la gauche se trouvent les hommes et la droite les femmes. On voit que globalement, qu'on meurt plus si on est un homme qu'une femme si on a entre 35 et 64 ans d'après ce graphique quelle que soit la CSP.

Plus on descend dans la hiérarchie sociale (cadre – professions intermédiaire - ... - ouvrier) plus la mortalité est élevée. Ce dynamisme est appelé gradient social de santé.

Chez les inactifs non retraités la mortalité est élevée car beaucoup de personnes sont en incapacité de travail, maladies invalidantes...

Le même gradient social se retrouve également chez les femmes. Il est néanmoins moins marqué quantitativement chez les femmes que chez les hommes.

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

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 [Blainpain, 2018]

Le quartile de revenus est la division homogène en 4 tranches des revenus français. Le quartil 4 représente les revenus les plus haut et le quartile 1 représente les revenus les plus bas.

On met en relation chaque quartile avec 4 indicateurs :

- Revenus sans diplôme
- Revenus avec niveau Brevet des collèges
- Revenus avec niveau BAC
- Revenus avec niveau supérieur au BAC

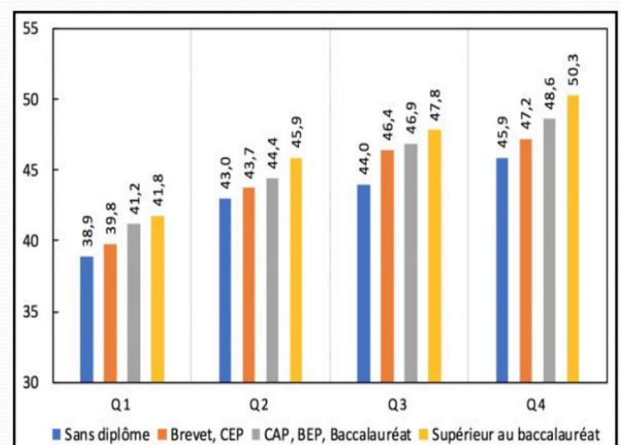
Le capital culturel en termes d'indicateur statistique est le niveau de diplôme (on peut avoir un bon capital culturel sans niveau de diplôme mais de manière statistique, la tendance est à la corrélation). Les 4 indicateurs précédents peuvent donc être résumer en capital culturel.

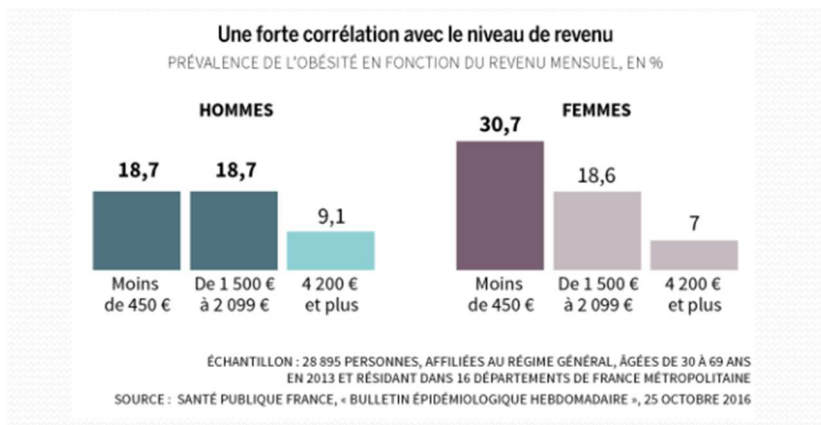
On remarque que plus le capital culturel augmente, plus l'espérance de vie à 35 ans (chiffres verticaux sur le graphique) est grande.

Le niveau de diplôme est donc un gradient social de santé.

Diapo 10 passée.

2003





Prévalence de l'obésité en fonction du revenu mensuel en %

On remarque que le niveau de revenus des femmes implique un risque d'obésité différent.

En effet, plus le revenus et faible, plus il y a une apparition d'obésité.

Le gradient social est marqué également dans cette situation.

c. Illustration des inégalités sociales de santé avec 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.

Disparités tant sur l'état de santé bucco-dentaire 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
- 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.

Facteurs explicatifs : couverture économique et socialisations

Les écarts de santé buccodentaire entre cadres et ouvriers tiennent à deux grands 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 stigmatisé et de la discrimination en raison de dents particulièrement dégradées se rajoutent aux motifs de non-recours

d. Précarité et états de santé

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. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er944.pdf>

Des déterminants sociaux de santé 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 ISS

a. L'accès aux soins

Concernant l'accès aux soins, il existe 4 facteurs agissants dans les inégalités sociales de santé

Problématiques territoriales de l'offre de soins impactent sur les inégalités sociales de santé (appelées alors inégalités territoriales de santé) : déserts médicaux, délais et attentes de RDV

Accessibilité financière : coût des complémentaires, des franchises, la part laissée aux patients ou aux assurances complémentaires est en augmentation (DREES, nov. 2020, n°1171) https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER_1171_BAT%20BIS.pdf

- Pauvreté et inaccessibilité aux soins pour des raisons de couverture maladie → Rapport 2020, Médecins du monde France:
 - o 80 % de personnes (traitées par médecin du monde) disposant de droits théoriques à la couverture maladie n'en bénéficient pas dans les faits.
 - o 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

Accessibilité à l'information (avoir la bonne information) et difficultés pour comprendre le système de santé et s'y orienter (Cf concept de littératie de santé Cours sociologie de la maladie).

Logiques sélectives auprès des patients : patients difficiles, insolubles, pouvant augmenter les Durées Moyennes de Séjour en SSR (Cf. cours de sociologie des établissements de santé), 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, 201

L'accès aux soins peut produire du renoncement aux soins.

b. Le recours aux soins

Le recours aux soins : Des facteurs culturels de distanciation symbolique aux savoirs spécialisés + 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 MASCLET, 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 ». + 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) ».

c. Le rôle des facteurs relationnels

Le niveau de sociabilité (ou d'isolement social) : l'isolement social produit un risque de mortalité plus important dans certaines maladies.

Sentiment de maîtrise de son activité (sentiment d'exercer un contrôle sur son activité notamment professionnelle) et locus de contrôle :

- Locus de contrôle interne : l'individu perçoit que les événements qui lui arrivent sont les conséquences d'actions passées.
- 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 (*empowerment*) : Les formes de mépris social du quotidien, cumulativement nuisent aux états de santé

Des facteurs relationnels à comprendre comme des facteurs sociaux

d. Le rôle des comportements néfastes de santé

Ne pas sans tenir au modèle épidémiologique courant qui explique essentiellement les écarts de mortalité et de morbidité par les comportements (Michael Marmot estime à « 40% la part de la mortalité expliquée par des facteurs de risques connus »).

« 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 » (Didier Fassin, *Les inégalités sociales de santé*, Ed. La Découverte). *Les messages de préventions sont plutôt entendus par les personnes pour qui les messages font sens. « Manger 5 fruits et légumes par jour » creusent des inégalités de santé car ces messages de préventions touchent ceux qui les comprennent.*

Distinguer les causes proximales, c'est-à-dire les comportements individuels, par exemple fumer ; Des causes fondamentales, c'est-à-dire le contexte socio-économique + modèles hérités par les modes de socialisation.

IV. Des processus biographiques cumulatifs d'avantages et de désavantages : le modèle *lifecourse epidemiology* ou épidémiologie du cours de la vie

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 ISS.

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 D.Kuh, Y.Ben-Shlomo, J Lynch, J Hallqvist, C Power, *Lifecourse Epidemiology*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, octobre 2003, 57(10)

Exemple de processus cumulatifs : plus on descend dans l'échelle sociale, plus la surmortalité des chômeurs de longue durée est élevée (Aiach, 2010)

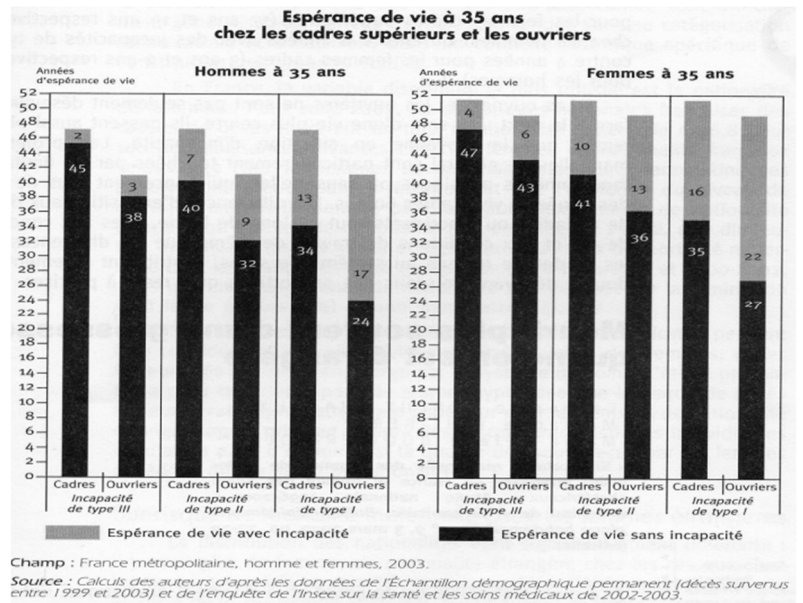
Les ISS sont donc d'abord produites par des processus sociaux cumulatifs et continus (biographiques) d'avantages et de désavantages +le capital santé qui peut être différencié dès la naissance pour des raisons qui ne sont pas que génétiques mais aussi sociales en fonction des conditions de vie de la 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 à 35 ans comparée entre les cadres et ouvriers

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. En noir l'espérance de vie sans incapacité et en gris l'espérance de vie avec incapacité. Le Type I est une faible incapacité (ex : nécessité d'un appareil auditif). L'incapacité de type II est considérée comme une incapacité moyennement invalidante (ex : nécessité d'aide à domicile). Le type III est une incapacité invalidante (ex : vie à domicile nécessaire)



Sur les 47 années de vie qu'il reste pour les ouvriers et les 47 années de vie qui restent de cadre, les ouvriers passent plus de temps de vie d'incapacité que les cadres.

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'ISS : à évènement égal nous ne sommes pas égaux pour faire face