



# Les inégalités sociales de santé : des thématiques à investir

**Lidia Panico, Michelle Kelly-Irving, Nathalie Bajos, Stéphanie Vandentorren, Séverine Deguen, Cécile Vuillermoz**

DANS **ADSP 2021/1 N° 113**, PAGES 28 À 34  
ÉDITIONS **PRESSES DE L'EHESP**

ISSN 1243-275X

DOI 10.3917/aedesp.113.0028

Date de mise en ligne : 01/12/2021

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2021-1-page-28?lang=fr>



**CAIRN · INFO**

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Presses de l'EHESP.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



# Les inégalités sociales de santé : des thématiques à investir

L'enfance, les questions de genre ou l'environnement sont des pistes de recherche à développer dans les prochaines années.

## Petite enfance et inégalités de santé et de développement : quel rôle des modes d'accueil pour les diminuer ?

**Lidia Panico**  
Institut national  
d'études  
démographiques  
(Ined)

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 54.

Le développement de l'enfant pendant ses premières années de vie est un processus très rapide et multidimensionnel. Outre le développement de ses compétences cognitives, la petite enfance est une période pendant laquelle tous les aspects du développement du jeune enfant se forment : les aspects socioémotionnels, la motricité, la santé, ou encore la croissance. Pendant la petite enfance et tout au long du développement de l'enfant, ces différentes sphères du bien-être et du développement seront complémentaires : par exemple, un enfant malade aura plus de difficulté à acquérir de nouvelles compétences cognitives s'il doit s'absenter de l'école souvent. Il est donc important de conceptualiser de manière holistique cette période de développement rapide, et de ne pas se focaliser uniquement sur un seul type de compétence. Le bien-être et le développement de l'enfant sont aussi complémentaires au fil du temps, c'est-à-dire qu'on ne peut pas les comprendre à un instant donné sans considérer leur trajectoire antérieure. C'est pour cela que la petite enfance est importante pour comprendre les trajectoires de bien-être et de développement tout au long de la vie.

### La petite enfance : une période sensible

La petite enfance est un moment clé en raison de la très grande capacité du cerveau à s'adapter à tout

*stimulus* (positif ou négatif), car pendant cette période le cerveau est extrêmement malléable. Par conséquent, l'environnement et les expériences faites par l'enfant pendant la petite enfance sont importants pour le façonnement de la structure neurologique. Étant donné que la structure du cerveau et ses fonctions sont étroitement reliées, tout ce qui impacte la structure aura aussi potentiellement des impacts sur les fonctions neurologiques, et donc sur le développement moteur, cognitif, affectif, émotionnel de l'enfant. La malléabilité du cerveau pendant la petite enfance rend cette période de vie particulièrement cruciale, et c'est pour cela que des chercheurs comme James Heckman [41] considèrent que c'est une période idéale pour investir dans des politiques publiques, puisque le retour sur investissement sera plus important et efficace qu'à d'autres périodes de la vie.

En outre, la notion de « périodes sensibles », en dehors desquelles il est difficile de rattraper des retards (mais pas impossible), alerte sur l'importance de cette période de la vie. Par exemple, beaucoup de compétences cognitives ou socioémotionnelles, comme le langage, la gestion des émotions, etc. sont acquises principalement et plus facilement pendant la petite enfance.

### Très tôt dans la vie, l'émergence d'un gradient socio-économique

Les inégalités sociales en termes de bien-être et de développement commencent très tôt. D'un côté, la malléabilité du cerveau permet aux jeunes enfants d'apprendre et de s'adapter rapidement ; d'autre part, cette malléabilité rend aussi les enfants très vulnérables à un manque de *stimuli* appropriés. Si les *stimuli* auxquels sont exposés les enfants pendant cette période de la vie sont différents, leur développement sera aussi différencié. Dans un contexte sociétal où il existe de fortes inégalités entre les environnements de vie des jeunes enfants, il est peu surprenant qu'il existe des inégalités socio-économiques en termes de développement et de bien-être dès la petite enfance.

Une notion importante dans ce thème est celle du gradient social. Les études démontrent que ce ne sont pas seulement les groupes les plus vulnérables qui sont concernés par ces inégalités. En effet, on retrouve ces différences tout au long d'une structure ou hiérarchie sociale et économique. Ces gradients sont observés dès la petite enfance et dans tous les pays. Par exemple, une vaste étude rassemblant des données de quatre pays (États-Unis, Australie, Canada et Royaume-Uni) a montré que les écarts selon les ressources financières des parents en termes de compétences cognitives et socioémotionnelles sont déjà bien marqués à 4 ans. Et ces différences évoluent très peu dans le temps, voire se creusent. Elles sont encore plus marquées à l'adolescence.

### Les effets des modes d'accueil sur les inégalités sociales

Que peut-on faire pour réduire les inégalités sociales dès la petite enfance ? L'enfant se situe dans des environnements qu'on peut représenter par des cercles successifs plus ou moins proches de lui : sa famille, son mode d'accueil, la famille élargie, les professionnels de santé, le quartier, la région, les politiques publiques nationales et le contexte historique. On ne peut pas penser la production des inégalités sociales sans réfléchir à la construction des politiques dans tous les différents environnements qui interagissent avec l'enfant. Néanmoins, les politiques publiques ne ciblent normalement qu'une ou deux sphères dans l'élaboration d'un dispositif. Un des outils qui ont été mobilisés par les politiques publiques pour pallier les écarts selon l'origine sociale est l'accès à des modes d'accueil ou à des programmes d'éducation précoce de qualité. Que dit la littérature internationale sur l'impact de ces dispositifs sur le développement des jeunes enfants ?

Tout d'abord, il est important de noter que l'étiquette « modes d'accueil et programmes d'éducation précoce » représente un vaste éventail de dispositifs, avec une variation importante d'un pays à l'autre. Ces dispositifs peuvent impliquer une palette de financements, de contenus, de groupes cibles, etc. très variés. De la même façon, les objectifs de ces programmes peuvent être très différents : certains peuvent mettre en avant

le bien-être de l'enfant, d'autres l'atténuation des inégalités sociales, ou peuvent favoriser la conciliation famille-travail et l'insertion professionnelle des parents.

La plupart des études scientifiques à ce sujet sont issues des pays anglo-saxons, notamment les États-Unis. Globalement, les études suggèrent que les programmes d'accueil et d'éducation précoce peuvent agir sur les inégalités quand ils sont de bonne qualité. Un des programmes le plus fameux dans cette littérature, qui a ouvert le champ d'étude, est le Perry Preschool Project. Le programme, une étude randomisée qui a démarré en 1962, ciblait des enfants de 3 ans dans une ville défavorisée du Michigan. Pendant deux ans, les enfants randomisés dans l'étude se sont vus proposer un programme de deux heures par jour au sein d'une crèche ; leurs parents recevaient aussi des visites à domicile, hebdomadaires, par des éducateurs formés par le programme. Les éducateurs suivaient la pédagogie « High-Scope », qui se focalisait sur des relations éducateur-enfant chaleureuses, sur l'encouragement à l'indépendance dans la prise de décision et la résolution des problèmes, sur la coopération entre éducateur et enfant ainsi qu'entre enfants, etc. Le rendement financier du programme s'est révélé très important : le coût (relativement élevé) de 15 000 dollars par an et par enfant produisait un retour sur investissement d'environ 200 000 dollars pour chaque enfant.

En effet, le programme a eu des effets de très long terme sur les enfants qui en ont bénéficié. Des impacts positifs du programme ont été démontrés, entre autres sur les compétences cognitives des enfants avant l'entrée à l'école et à la fin des études secondaires, sur la poursuite des études après le lycée, sur les revenus à l'âge adulte et même sur les implications judiciaires. Quels sont les mécanismes qui peuvent expliquer ces effets positifs ? Les chercheurs ont conclu que ces effets positifs passent très peu par un impact direct du programme sur les compétences cognitives des enfants, mais plutôt par un impact sur leurs compétences socioémotionnelles (telles que la motivation, la régulation des émotions ou le comportement).

Depuis le Perry Preschool Project, plusieurs autres programmes expérimentaux, de petite taille et avec des coûts par enfant plutôt élevés, ont aussi démontré des impacts positifs de long terme sur leurs participants. On observe des effets positifs surtout quand les programmes sont de très haute qualité et mobilisent une approche holistique (i. e. ne se focalisent pas que sur des compétences cognitives ou académiques, mais aussi sur le bien-être socioémotionnel des enfants). Néanmoins, peu de ces programmes ont réussi à monter en puissance tout en gardant ces effets positifs, et il y a moins d'études sur des programmes à l'échelle nationale.

### Le cas de la France : les enseignements des données de la cohorte Elfe

La littérature scientifique est donc tirée par les expériences des pays anglophones. Néanmoins, la littérature



française commence, dans les dernières années, à s'intéresser davantage à la petite enfance, aux inégalités sociales pendant cette période, au rôle des modes d'accueil et des programmes d'éducation précoce. Une des raisons pour ce nouvel intérêt est la mise en place de nouvelles études empiriques, comme la cohorte Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance). Cette étude de grande échelle, qui suit 18 000 enfants depuis leur naissance, est représentative de toutes les naissances en 2011 (une naissance sur vingt est incluse) et suit les enfants et leur famille de manière régulière depuis leur naissance. Les enquêtes ont eu lieu à la naissance, aux 2 mois de l'enfant, à 1 an, 2 ans, 3 ans et demi, 5 ans et demi, et 12 ans.

Que sait-on des inégalités sociales pendant la petite enfance selon l'enquête Elfe ? On observe des gradients sur plusieurs indicateurs de santé et développement, très nets selon le niveau d'éducation des parents ou encore leurs revenus. Par exemple, les parents les moins diplômés sont plus susceptibles d'avoir des bébés de petit poids que les parents plus diplômés [59], le petit poids à la naissance étant un indicateur de santé qui peut avoir un impact sur le long terme. Des inégalités socio-économiques dans les compétences langagières aux 2 ans de l'enfant ont aussi été démontrées : les enfants de ménages plus favorisés ont un vocabulaire plus étendu que les enfants issus de ménages défavorisés [36]. Le vocabulaire est un aspect du langage très sensible au contexte de l'enfant. Un gradient classique selon le niveau d'éducation des parents ou des revenus du ménage est retrouvé. En revanche, on ne note pas d'inégalité pour un autre indicateur de développement étudié aux 2 ans de l'enfant : la motricité.

Finalement, les tout premiers résultats sur les compétences cognitives aux 3 ans et demi des enfants montrent des tendances similaires à celle du vocabulaire aux 2 ans. Donc, les enfants en France aujourd'hui commencent leur scolarité avec des compétences déjà très inégales selon leur origine sociale. Cela appelle à mieux considérer comment atténuer ces écarts dans la toute petite enfance, avant même l'entrée à l'école maternelle.

### L'effet du mode d'accueil sur le langage

Plusieurs études en France ont montré que les enfants défavorisés ont moins accès aux modes d'accueil formels tels que la crèche. Il est donc peu surprenant que cette variable explique en partie le gradient social observé pour le vocabulaire aux 2 ans de l'enquête Elfe [36]. D'autres études montrent que cet effet bénéfique des modes d'accueil formels sur le développement du langage n'est pas produit par un effet de confusion par d'autres variables non observées. Autrement dit, cet effet semble être « causal » [5]. L'effet bénéfique de la crèche apparaît plus important sur les enfants défavorisés ; il est toujours positif mais moins

important chez les enfants plus favorisés. Les enfants qui semblent bénéficier le plus de la crèche seraient les enfants avec un parent isolé, moins diplômé, avec des revenus moins importants. La crèche apparaît donc comme un outil potentiel pour diminuer les inégalités sociales avant l'entrée à l'école.

Les modes d'accueil formels en France, et notamment la crèche, sont regardés à l'international comme des programmes de grande qualité, avec du personnel qualifié et des standards de qualité structurelle (taux d'encadrement, etc.) établis centralement, ce qui explique peut-être ces résultats positifs pour la France. Il est donc important de rappeler que si on veut utiliser cet outil pour réduire les inégalités chez les jeunes enfants, la qualité des programmes doit être au moins maintenue, voire développée et notamment pour tout ce qui concerne « la qualité des processus ou des interactions » (la qualité et le type des interactions adulte-enfant, etc.), qui est encore peu prise en compte en France, mais dont nous savons qu'elle est très importante pour le bon développement des enfants.

Il est aussi important de « recontextualiser » ces résultats. L'accès à la crèche explique une partie des écarts de vocabulaire entre les enfants des parents plus aisés (et plus diplômés) et les enfants des parents moins favorisés, mais il est loin d'être le seul mécanisme qui produit ces inégalités. D'autres études ont montré l'importance cruciale du contexte familial, notamment les ressources financières des parents, leur santé mentale et physique, les opportunités et les contraintes qui leur permettent (ou pas) de proposer à leur enfant un environnement enrichissant, leurs ressources sociales, leurs réseaux, le logement, le quartier où ils habitent, etc. Investir dans des modes d'accueil de qualité peut donc réduire (un peu) les écarts existants, mais ne peut pas les effacer complètement car ils relèvent d'inégalités structurelles auxquelles sont soumis les enfants dès leurs premières années de vie.

### Conclusion

En France, il existe de fortes inégalités sociales en termes de développement et de bien-être des enfants dès leur naissance. L'enquête Elfe permet pour la première fois de décrire ces inégalités avec un échantillon représentatif à l'échelle nationale. Les résultats issus de cette enquête montrent notamment des écarts considérables en termes de vocabulaire de l'enfant à 2 ans. L'acquisition du vocabulaire est un peu plus lente pour les enfants qui n'ont pas accès à des modes d'accueil formels, surtout collectifs. Les enfants issus des familles plus défavorisées semblent bénéficier davantage des modes d'accueil formels. Les modes d'accueil formels, s'ils sont de bonne qualité, comme ceux préconisés par des politiques publiques telles que la stratégie nationale de prévention et d'action contre la pauvreté, peuvent donc être un outil pour diminuer les inégalités sociales dès le plus jeune âge, sans pouvoir complètement les éradiquer. ●

# Pour une analyse genrée des inégalités de santé

**M**algré un accès universel à un système de soins dans la plupart des pays européens, les inégalités sociales en matière de santé sont omniprésentes et ont augmenté ou sont restées stables au cours de la dernière décennie. Les inégalités sociales en matière de santé, qui représentent une injustice sociale particulièrement grave, sont une préoccupation croissante dans le débat public, attirant l'attention des chercheurs pour mieux les comprendre, et des décideurs politiques pour tenter de les limiter. Un important corpus de recherche a identifié un certain nombre de déterminants sociaux de santé, notamment la situation d'emploi, les expositions environnementales, ainsi que des caractéristiques sociales associées à un état de santé plus dégradé, comme le revenu, l'éducation, l'origine migratoire, tandis que d'autres recherches ont précisé le rôle du système de soins de santé et d'autres encore les effets des politiques économiques dans la contribution aux inégalités de santé. Cependant, peu d'études appréhendent le genre, en tant que « système de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) » [3]. Les recherches biomédicales qui s'intéressent aux différences entre les femmes et les hommes rapportent souvent ces différences à des enjeux biologiques.

Les femmes semblent de prime abord avantagées en termes de santé, avec une espérance de vie plus élevée que les hommes, dans presque tous les pays du monde, ce qui pourrait expliquer le manque d'intérêt scientifique sur le rôle du genre comme déterminant social de la santé. Dans les pays européens, l'écart entre les sexes en matière d'espérance de vie à la naissance était de 5,5 ans en 2018 (83,7 ans pour les femmes contre 78,2 ans pour les hommes). Cependant, cet écart n'est que de 0,5 an si l'on considère l'espérance de vie en bonne santé<sup>1</sup>. Ainsi, l'avantage des femmes en matière de mortalité est limité par une morbidité plus importante.

En France, l'avantage santé des femmes l'emporte sur les inégalités socio-économiques. Alors que les femmes et les hommes cadres ont une espérance de vie à 35 ans plus élevée que leurs homologues de la classe ouvrière, les ouvrières ont une espérance de vie plus élevée que les cadres masculins [17]. Cependant, on constate que les femmes faiblement diplômées ont une espérance de vie sans incapacité sensiblement

moins élevée que les hommes titulaires d'un diplôme universitaire.

La hiérarchie des sexes en matière d'espérance de vie s'oppose aux tendances observées dans les autres sphères sociales (moindre rentabilité du capital scolaire des filles, salaires plus faibles pour les femmes, moindre accès des femmes aux responsabilités économiques et politiques, etc.). Si certains facteurs liés à l'exposition à des facteurs de risque (tabac, alcool, expositions professionnelles, etc.) peuvent rendre compte pour partie des différences observées entre les sexes, cette situation paradoxale nécessite une analyse approfondie des processus complexes qui construisent ces différences entre hommes et femmes. La mise en perspective des situations observées pour différentes pathologies peut apporter des éléments de compréhension des mécanismes en jeu.

## Le genre des pathologies : l'exemple des maladies cardiovasculaires et de la dépression

Alors que l'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires (MCV) des femmes sont plus faibles que celles des hommes en Europe, la mortalité des femmes est plus élevée. Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès dans le monde et la première cause de décès chez les femmes en France, et elles sont souvent sous-diagnostiquées chez les femmes, qui se font également soigner plus tard que les hommes. L'association entre la position sociale et la mortalité due aux maladies cardiovasculaires diffère également entre les hommes et les femmes. Cela a été observé en France, où le gradient socio-économique de mortalité cardiovasculaire était plus marqué chez les femmes que chez les hommes. Notamment, par rapport aux personnes ayant un diplôme universitaire, les femmes ayant un faible niveau d'éducation avaient un risque relatif de mortalité cardiovasculaire plus élevé (RR 4,31, IC 95 %, 2,51-7,42) que les hommes de la même catégorie d'éducation (RR 2,72, IC 95 %, 2,17-3,41).

Des différences similaires dans la distribution sociale des événements cardiovasculaires ont également été constatées dans d'autres pays riches [1]. Dans ces articles, les auteurs spéculent sur la contribution potentielle des facteurs de risque socialement structurés, notamment l'obésité et le tabagisme, qui peuvent différer entre les hommes et les femmes et évoluer avec le temps. De plus, la mesure sociale utilisée pose question. Dans les deux cas il s'agit du niveau d'éducation, qui est un marqueur de position sociale lié aux conditions de vie pendant l'enfance. Certains travaux

**Michelle Kelly-Irving**

Inserm-Université de Toulouse, UPS UMR 1295, Iferiss (FED 4142)

**Nathalie Bajos**

Inserm, EHESS, IFRS, UMR 8156-U 997, campus Condorcet, Paris

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.*

1. Eurostat 2020 : [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy\\_life\\_years\\_statistics#Healthy\\_life\\_years\\_at\\_birth](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_birth)



sur les infarctus du myocarde évoquent que les femmes expriment des douleurs plus atypiques et qu'elles sont moins susceptibles de bénéficier d'explorations complémentaires. Le temps de délai recommandé (10 minutes) de traitement pour un infarctus du myocarde grave (ST-segment) est moins souvent respecté pour les femmes que pour les hommes. Une étude récente en France montre que les femmes sont moins susceptibles que les hommes de recevoir des statines à forte dose à la sortie de l'hôpital, et une autre montre que les traitements adaptés sont moins susceptibles d'être prescrits aux femmes hypertendues [25]. Les femmes sont encore sous-représentées dans la recherche clinique, la plupart des essais cliniques et les bases de données, dont est dérivée la recherche, comprennent des biais en sous-représentant les femmes.

Les rapports de genre peuvent aussi jouer en défaveur des hommes. Les troubles dépressifs majeurs sont une des principales causes d'incapacité dans le monde, et contribuent largement à la charge globale de morbidité. En contraste avec l'exemple des maladies cardiovasculaires, les hommes sont sous-diagnostiqués pour les troubles dépressifs malgré un taux de suicide jusqu'à quatre fois plus élevé que les femmes. Aux États-Unis, l'augmentation constante des taux de mortalité chez les hommes et les femmes non hispaniques, plus âgés, sans diplôme universitaire depuis 2000, attribuée aux suicides et décès liés à la drogue ou à l'alcool, est associée à la dépression. Les femmes adultes ont deux fois plus de risques que les hommes de souffrir de dépression majeure [9]. En France, la prévalence de la dépression chez les adultes de 15 à 75 ans est de 10 % pour les femmes et de 5,6 % pour les hommes. Cette différence genrée apparaît dès le début de l'adolescence, suggérant une multiplicité de processus de développement humain affectifs, biologiques, cognitifs et de socialisation depuis l'enfance. Les différences entre les sexes dans la prévalence de la dépression majeure sont en partie liées aux processus de socialisation et aux trajectoires de soins de santé qui sont différents selon le sexe. La différence de prévalence des troubles majeurs de dépression pourrait également refléter des biais de genre dans les outils de diagnostic utilisés pour le dépistage de ces affections. On soulignera également que dans les pays où les femmes ont moins d'opportunités et contrôlent globalement moins de ressources, on observe plus fréquemment des symptômes de dépression dans la population et un écart plus important entre les hommes et les femmes [9].

### Que révèlent ces différences selon le sexe ?

Dans le domaine médical, le genre est souvent réduit à une différence entre les hommes et les femmes essentiellement attribuée à la biologie. Or, la variation de l'écart entre les sexes dans ces deux exemples de pathologies reflète en partie les divers rôles et positions sociales que les femmes et les hommes occupent à différentes étapes de

leur vie. La façon dont les corps sont socialement construits tout au long de la vie doit être interrogée afin de comprendre les différences observées en matière de santé entre garçons et filles, femmes et hommes. Il s'agit notamment d'analyser comment les hommes et les femmes reconnaissent un problème de santé donné et expriment leurs symptômes liés aux pathologies.

Cette perspective analytique de trajectoires de vie peut utilement s'inscrire dans une approche intersectionnelle qui permet de tenir compte de la co-substantialité des rapports sociaux de domination, de genre, de classe et de « race », qui participent à la construction de l'état de santé. En outre, si cette approche est combinée avec une perspective d'incorporation biologique, examinant comment les structures et dynamiques sociales sont associées à des réponses au niveau biologique, nous pourrions à terme mieux comprendre la construction des inégalités sociales de santé et mieux les prévenir [70].

Cette analyse de la construction sociale des corps malades doit nécessairement intégrer le rôle du système de soins dans la production des inégalités genrées. Les trajectoires de soins, les recommandations médicales, la formation médicale et l'organisation du système constituent une « cascade de soins de santé » à chaque étape de laquelle des biais de genre peuvent jouer. Dans un projet pluridisciplinaire récemment financé<sup>2</sup>, nous allons procéder à une analyse de cette cascade en France dans une perspective intersectionnelle.

Une analyse des pathologies à travers le prisme intersectionnel nous permettra d'étudier dans quelle mesure les études utilisées pour formuler les recommandations médicales sont biaisées, si l'entrée dans le système de soins et le dépistage sont équitablement accessibles aux hommes et femmes. Nous pourrions aussi observer comment les interactions entre médecin et patient sont différentes selon les dyades de sexe et affectent potentiellement le diagnostic et le traitement ainsi que les pratiques d'observance, qui façonnent les trajectoires de santé ultérieures et affectent à terme la mortalité.

L'avantage apparent en matière d'espérance de vie observé pour les femmes peut conduire les chercheurs en santé et en médecine à penser que les inégalités en matière de santé ne sont pas genrées et attribuer à la biologie les différences observées entre les sexes. Les analyses sur la crise sanitaire de l'épidémie de Covid-19 montrent que la nécessité d'interroger l'essentialisation biologique des différences de sexe est toujours d'actualité. ●

2. Projet Gendhi (Gender and Health Inequalities : from embodiment to the health care cascade), ERC-Sgy19, Bajos, Darmon, Geoffard et Kelly-Irving, 2019.

# Les inégalités sociales et environnementales de santé

Les facteurs environnementaux sont désormais considérés comme des déterminants de la santé à part entière, et la dimension environnementale est de plus en plus intégrée à l'étude des inégalités de santé. Les inégalités environnementales alimentent les inégalités sociales et la vulnérabilité sociale est inversement proportionnelle à la qualité de l'environnement. De nombreux plans nationaux en faveur de la santé affichent une ambition de réduction des inégalités sociales de santé. Le plan national santé environnement n'échappe pas à cet enjeu de santé publique puisqu'il y inscrit la réduction des inégalités environnementales comme un des objectifs majeurs.

## Deux dimensions intimement liées

« Les inégalités environnementales de santé » sont liées aux dimensions territoriales et sociales, et peuvent s'analyser selon la combinaison de deux processus : des « inégalités d'exposition », liées à des disparités de répartition géographique des nuisances environnementales, et des « inégalités de vulnérabilité », liées à :

- i. des maladies préexistantes ou des comportements défavorables à la santé avec une forte interférence du contexte social ou éducatif,
- ii. des périodes sensibles de la vie (petite enfance, grossesse, avancée en âge),
- iii. des expositions cumulées (qualité de l'air intérieur, expositions professionnelles, transports) et de longue durée (parfois depuis l'enfance) décrivant de véritables trajectoires socioenvironnementales.

Les indicateurs de santé publique, couramment utilisés, qui permettent de mesurer l'état de santé de la population, comme les indicateurs de mortalité, et notamment le taux de mortalité néonatale (décès avant 28 jours) et infantile (décès avant un an), ont été décrits dans la littérature comme associés à des facteurs sociaux et environnementaux dont l'intrication est particulièrement complexe à mesurer [13]. En effet, aux facteurs sociaux classiquement reconnus pour influencer l'état de santé de l'enfant (revenu du foyer, niveau d'éducation, origine ethnique ou encore statut marital de la mère) s'ajoutent les facteurs environnementaux liés aux différents lieux de vie fréquentés dans la journée (les plus couramment considérés sont les lieux de résidence et de travail). Les études lancées aux États-Unis puis développées en Europe ont par exemple mis en évidence un lien entre mortalité néonatale et pollution atmosphérique après ajustement sur le niveau de défavorisation sociale ou bien après prise en compte d'un effet combiné de la pollution atmosphérique avec le niveau de défavorisation sociale [35]. Même constat en France, où plusieurs études ont démontré que la distribution spatiale du

risque de mortalité infantile n'était pas uniformément répartie sur les territoires étudiés. La combinaison des déterminants environnementaux et socio-économiques expliquerait en partie cette variation spatiale des risques suivant trois mécanismes :

- une voie psychologique : la perception des nuisances environnementales pourrait venir brouiller les messages envoyés au cerveau et affecter la santé par le biais de mécanismes psycho-neuroendocriniens (par exemple l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, qui régule la sécrétion de cortisol) ;
- un processus de perturbation physiologique, comme la modification des échanges nutritionnels entre la mère et le fœtus ;
- une voie environnementale : certains groupes de population plus défavorisés seraient plus exposés aux nuisances environnementales.

En Europe et en France, certains travaux cherchent ainsi à améliorer les connaissances quant à la contribution des expositions environnementales aux inégalités sociales de santé [34]. Il est communément admis que les populations socioéconomiquement défavorisées et les populations minoritaires supportent un fardeau disproportionné de l'exposition à la pollution [39]. À titre d'exemple, il existe une corrélation entre la présence d'incinérateurs en France et celle de personnes à faibles revenus et immigrées, de surcroît les nouveaux incinérateurs sont installés à proximité de ces mêmes groupes de population.

Ainsi, les concepts d'inégalités sociales et environnementales doivent être traités conjointement pour avoir une vision intégrative, pertinente, compréhensive et complète de leurs effets.

## Une thématique insuffisamment étudiée en France

L'étude des inégalités environnementales est un champ d'investigation exploré pleinement outre-Atlantique mais très peu en France. La lutte contre les inégalités environnementales et sociales de santé est clairement affichée comme une priorité dans les politiques publiques sociales et sanitaires, mais son implémentation peine à se développer. En effet, la définition des concepts sous-jacents aux inégalités environnementales n'est pas encore stabilisée, les méthodes pour aborder cette problématique ne sont pas complètement formalisées et les données ne sont pas toujours disponibles. Aujourd'hui, il est temps de parvenir à une définition opérationnelle de cette notion pour pouvoir mieux la mesurer, la comprendre et agir. Les inégalités environnementales s'expriment à l'échelle de territoires regroupant plusieurs communes mais aussi à des niveaux plus fins comme les quartiers. En effet, le territoire peut être l'expression d'inégalités

**Stéphanie Vandentorren**  
MD, PhD. Santé publique France, Direction scientifique et internationale, Université de Bordeaux, Inserm, UMR 1219, vintage team, Bordeaux  
**Séverine Deguen**  
École des hautes études en santé publique, Département des méthodes quantitatives en santé publique, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, Département d'épidémiologie sociale (UMRS 1136), Sorbonne université, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris VI, Inserm  
**Cécile Vuillermoz**  
Sorbonne université, Inserm, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP), équipe de recherche en épidémiologie sociale, Paris

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.



environnementales par des processus de ségrégation sociale, qui résultent des spécificités des territoires, que ce soit au niveau physique (climat, altitude, disponibilité des ressources naturelles) ou de leur histoire (présence de sites industriels). La mesure de la dimension sociale des inégalités environnementales de santé implique de croiser les données sociales et environnementales à des échelles très fines – comme celle du quartier.

Or, à cette échelle fine du quartier, il n'existe pas à ce jour de système d'information intégratif des inégalités sociales et environnementales permettant de les identifier, d'en déterminer les mécanismes et d'aider à l'implémentation de stratégies de réduction des inégalités. Le manque d'indicateurs au niveau infraterritorial fin (par exemple au niveau des Iris, îlots regroupés pour l'information statistique) est fortement préjudiciable, dans la mesure où c'est à ce niveau que se concentrent les inégalités de santé. Les indicateurs disponibles, au mieux à l'échelle de la commune, peuvent être croisés, à défaut d'indicateurs sociaux fins, avec les indices de défavorisation, mais ceux-ci ne sont pas toujours pertinents en regard de la spécificité de certains territoires, notamment en Outre-mer, où le contexte territorial est différent de celui de la métropole, nécessitant le développement d'indices spécifiques [51].

En outre, les dispositifs de prévention et de promotion en santé en place aujourd'hui n'affichent pas dans leur objectif la réduction des inégalités sociales et environnementales de santé. Ainsi, la déclinaison de ces dispositifs en actions de prévention probantes est peu fréquente dans le champ de la santé environnementale. Rares sont les actions ou interventions qui intègrent la problématique des inégalités sociales ou les spécificités des populations en situation de vulnérabilité dans ce champ de la santé publique.

Si l'on s'intéresse plus précisément aux groupes de populations les plus défavorisées, très peu d'actions leur sont spécifiquement destinées. Pourtant, leurs caractéristiques individuelles combinées à celles d'un environnement de vie plus dégradé pourraient conduire à un risque sanitaire accru et ainsi, à l'échelle d'un territoire, augmenter les inégalités sociales et environnementales de santé. À titre d'exemple, la lutte contre le saturnisme chez les enfants, pathologie liée à l'environnement et à l'exposition au plomb dans un logement dégradé, a rencontré un certain succès en population générale par la lutte contre l'habitat indigne. Cependant, certaines populations (enfants nés à l'étranger, habitant ou vivant à proximité de sites pollués) restent particulièrement exposées.

### Un enjeu pour les crises à venir

Concept dérivé des études environnementales, la vulnérabilité s'inscrit dans une approche dynamique qui renvoie à des situations de risque ou d'incertitude. Le niveau de vulnérabilité s'apprécie au regard de la résilience, de la capacité pour un individu à absorber un choc, à y faire face puis à se reconstruire. Autour

du concept de « vulnérabilité », l'action publique tend à évoluer de la protection vers la prévention. On passe alors d'actions de soutien apportées aux personnes en difficulté à celles de prévention conduites auprès des populations en situation de vulnérabilité. Ainsi ciblées, ces actions de prévention peuvent permettre aux personnes en situation de vulnérabilité, considérées comme « créatives et responsables », de mieux affronter l'incertitude pour, *in fine*, limiter les risques. C'est ce que le concept de « justice environnementale » définit en « capturant » plusieurs formats d'action favorisant le pouvoir d'agir des populations en situation de vulnérabilité socioenvironnementale. La mise en évidence des cumuls de risques sociaux et environnementaux doit ainsi s'accompagner de politiques publiques favorisant les mécanismes de changement auprès des individus qui subissent davantage ces inégalités, mais surtout au sein des environnements de vie où ils évoluent.

Le frein majeur à la prise en compte des inégalités environnementales par le décideur en santé publique est en grande partie lié à la difficulté à conduire une réflexion transversale et intégrative sur les aspects sociaux et environnementaux. Délimiter ce qui relève strictement de la dimension sociale des inégalités et ce qui dépend des spécificités des territoires constitue donc un préalable à l'élaboration de toutes mesures visant à intégrer des inégalités sociales et environnementales de santé.

Dans ce contexte, la question est la suivante : la santé et le bien-être dépendent-ils des caractéristiques individuelles incluant la classe sociale et le territoire résidentiel des populations ? Une réflexion approfondie permettant l'élaboration d'une méthodologie de référence sur le croisement des informations environnementales et sociales apporterait des éléments de réponse à cette question. Pour cela, il est nécessaire d'encourager une meilleure articulation entre le monde de la recherche, celui de la surveillance et celui de la décision en santé publique, de façon à intégrer ces inégalités depuis la production et l'amélioration des connaissances jusqu'à la mise en œuvre d'une politique préventive sur le territoire.

Les défis des prochaines crises sanitaires nous imposent de développer rapidement et prioritairement cet axe. D'une part, les crises sanitaires, quelle que soit leur nature, frappent plus durement les populations déjà fragilisées par les inégalités sociales préexistantes. D'autre part, leur survenue peut engendrer une crise économique aggravant encore ces inégalités sociales, avec pour conséquence immédiate la dégradation marquée de la santé physique et mentale des populations les plus démunies. La crise actuelle que nous vivons avec l'épidémie de Covid-19 en est une nouvelle illustration. Le changement climatique impacte plus durement les populations les plus vulnérables et apparaît comme un amplificateur d'inégalités sociales et environnementales préexistantes. Il devient donc urgent de mettre en place des politiques de santé publique qui puissent protéger aux mieux ces populations, afin qu'ils puissent faire face aux crises sanitaires à venir. ●