

Les Français sont inégaux devant la santé, selon leur situation sociale

Il vaut mieux être riche et bien portant que pauvre et malade. Cet adage n'a jamais été aussi vrai en France, pays riche et doté d'un solide système de santé. Et pourtant la France est le pays de l'Europe des 15 où les inégalités de santé sont les plus fortes, avec la Finlande.

En France, un ouvrier vit 7 ans de moins qu'un cadre et presque 10 ans de moins en bonne santé (sans incapacité physique ou sensorielle). Au même âge, une personne qui n'a aucun diplôme a 2 fois plus de risque de mourir qu'une personne qui a le bac. Et cela s'aggrave, depuis les années 80.

De plus, avec le même accès aux soins, une personne de niveau socioculturel moins favorisé a moins de chances de guérir d'un accident de santé (comme un infarctus) qu'une personne de niveau social élevé (qui saura mieux se faire comprendre et aura eu plus accès à la prévention et aux soins avant)

Ces inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre pauvres /non pauvres ou manuels/non manuels, le risque de mauvaise santé diminue tout au long de la hiérarchie sociale : on appelle ceci le gradient social de santé.

Les Français vivent cette situation comme une injustice mais la collectivité ne s'en préoccupe pas

Dans les enquêtes, les Français trouvent que les inégalités de santé sont les inégalités les plus intolérables, avant les inégalités de revenus ou d'accès à l'emploi. Ils sont très sensibles aux différences d'accès aux soins, par exemple au niveau des régions, ou à cause des dépassements d'honoraires. Mais ils sont peu conscients du rôle des facteurs socioculturels qui jouent dans l'accès aux soins.

La collectivité, elle, reste aveugle aux inégalités devant la maladie et la mort, perçues comme une fatalité « naturelle ». Ainsi la réduction des inégalités sociales de santé n'a pas été retenue parmi les priorités des Etats Généraux de la santé. Lors du débat sur la réforme des retraites, les inégalités sociales de santé ont été évoquées non pour les réduire mais pour les intégrer au calcul de la durée de cotisation.

Les soignants eux-mêmes se comportent différemment suivant les patients. Il y a une forme d'adaptation à chaque personne pour permettre de soigner au plus juste, mais il y a aussi des attitudes de rejet ou d'agressivité envers les patients défavorisés, qui demandent plus d'implication et de temps. On donne ainsi à certains patients des rendez-vous avec de longs délais, ou on les oriente vers des structures hospitalières ou d'urgence. Le rôle des soignants dans les inégalités sociales de santé est souvent nié parce qu'on considère que les soignants font leur travail sans discrimination. Les soignants, qui sont souvent d'un niveau socioculturel aisé, ne se rendent pas toujours compte qu'ils privilégient les patients qui leur renvoient une image positive de leur travail.

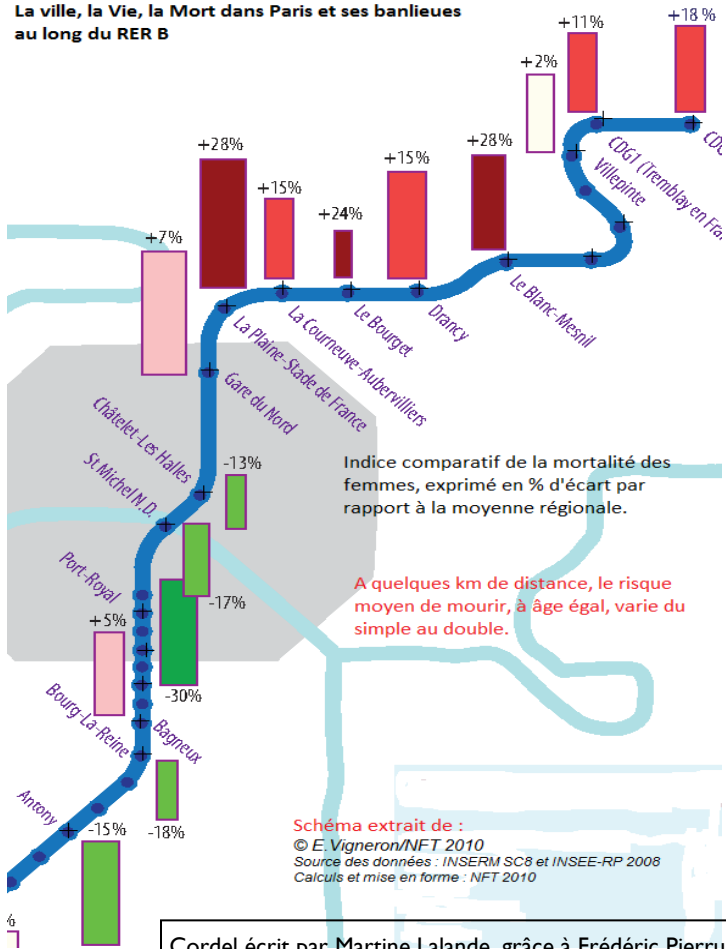
La médecine ne suffit pas pour réduire les inégalités sociales de santé

La profession médicale se présente comme seule à pouvoir parler de santé. Mais la médecine ne contribue que pour 20% à la santé. Pour améliorer la santé de la population, il ne suffit pas de former plus de médecins, construire plus d'hôpitaux, rembourser plus de médicaments.

Il faut aussi améliorer les conditions de logement, d'alimentation, d'environnement et de travail. Il faut améliorer le soutien social et de l'entourage ainsi que la place dans la société, qui jouent sur la sensibilité aux maladies et la capacité de les combattre. Bien sûr, il faut aussi améliorer l'accès aux soins et l'utilisation du système de santé et lutter contre les différences de traitement selon le statut social. Il faut mieux former les soignants aux inégalités sociales de santé et lutter contre leurs préjugés.

L'amélioration du bien-être *général* passe par la réduction des inégalités socio-économiques et donc la réduction des inégalités de revenus et l'amélioration de la qualité des relations sociales, pour produire de la *solidarité*

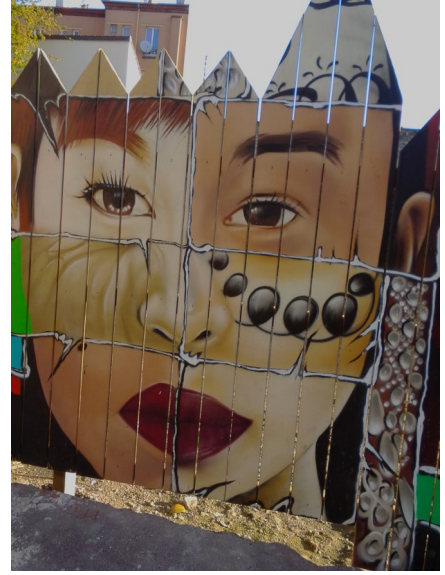
La ville, la Vie, la Mort dans Paris et ses banlieues au long du RER B



Cordel écrit par Martine Lalande, grâce à Frédéric Pierru CNRS-CERAPS, Sciences Po, Haut Conseil de la Santé Publique. Collectif Outils du soin www.outilsdusoin.fr Cordel N°30

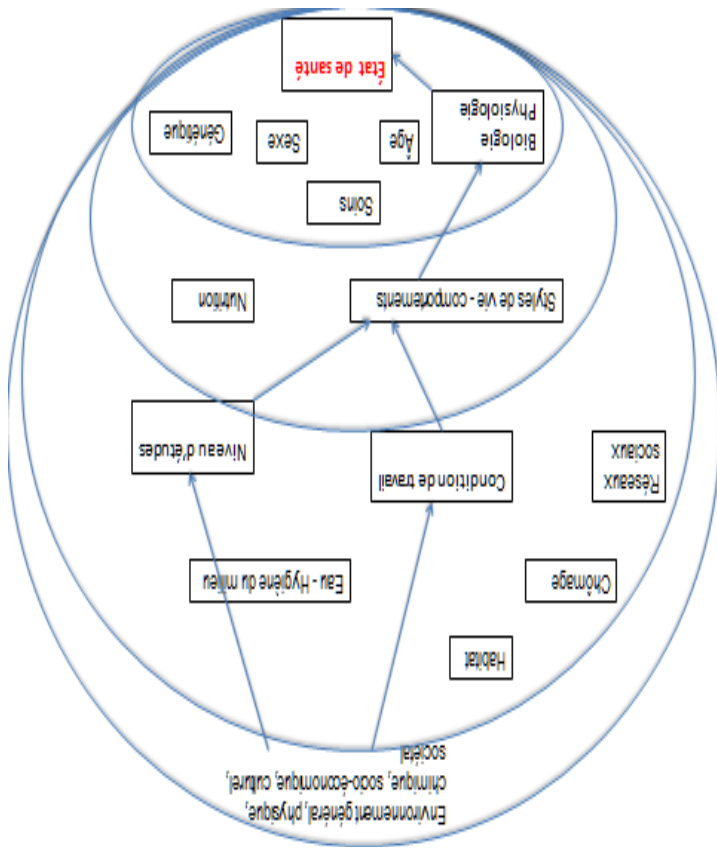
outils politiques POUR LE SOIN

ISSN 2491-1119



Les inégalités sociales de santé

cordel: petit fascicule brésilien de poèmes ou écrits subversifs accrochés à une corde à linge et vendus dans les marchés



C'est l'austérité – et non la récession économique – qui tue

La récession peut contribuer à diminuer la mortalité et certains problèmes de santé : Au chômage on a du temps pour se soigner et pratiquer une activité physique. On risque moins les accidents professionnels. Avec moins de revenus, on consomme moins de tabac et d'alcool... ?

Mais la récession tend à augmenter la mortalité par suicide et à détériorer la santé mentale, tend à dégrader la santé des plus modestes et à améliorer celle des plus aisés, ce qui creuse les inégalités sociales de santé. A long terme, le chômage et la précarité peuvent dégrader l'état de santé (renoncement aux soins pour des raisons financières)

La baisse des budgets publics accroît la prévalence des suicides, accroît l'infection HIV, accroît la pauvreté. Et aussi diminue l'état de santé perçu, diminue l'utilisation du système de soins

La baisse des budgets publics dédiés à la santé amoindrit l'état de santé perçu, amoindrit la santé des enfants, amoindrit le recours au système de soins, amoindrit la qualité de vie des femmes

La baisse des budgets publics « sociaux » accroît la pauvreté, accroît les inégalités sociales. Et tout ce qui aggrave les inégalités sociales aggrave les inégalités de santé devant la maladie et la mort.

L'exemple grec : un drame socio-sanitaire qui hypothèque la reprise économique