

## France : fortes inégalités sociales de santé

Le Haut Comité de la santé publique a publié son troisième rapport triennal depuis sa création en décembre 1991. Intitulé *La santé en France 2002*, ce rapport dresse le bilan de l'état de santé de la population. Il propose par ailleurs une analyse critique du système de santé et fait des propositions pour en améliorer la performance. Il est le fruit d'un travail mené pendant dix-huit mois par les membres du HCSP et de nombreux experts extérieurs.

Depuis que, dans son rapport de 1994, le Haut Comité de la santé publique a levé le tabou des fortes inégalités sociales de santé, le constat s'est malheureusement confirmé : elles ne régressent pas.

La différence d'espérance de vie entre un ouvrier et un cadre âgés de 35 ans atteint 6,5 années. 2 ouvriers sur 8, âgés actuellement de 35 ans, décèderont avant 65 ans, pour 1 décès de cadre sur 10. Le score de risque d'invalidité d'un ouvrier non qualifié est de 113 quand celui du cadre supérieur est de 89 (moyenne française 100). Le taux de prématurité varie du simple au triple et la fréquence des petits poids à la naissance du simple au double en fonction du niveau scolaire de la mère.

Les causes de décès sont également marquées par de fortes inégalités sociales comme l'indique le tableau ci-dessous.

Au fur et à mesure que progresse la recherche sur les inégalités sociales en santé, il apparaît clairement que ces inégalités concernent non seulement la mortalité ou la morbidité de la population, mais aussi d'autres domaines comme le handicap et les dépendances, et leur prise en charge sociale et sanitaire. Par exemple, à handicap de gravité équivalente, la

proportion d'enfants handicapés entrant en institution est 3 fois plus élevée chez les ouvriers et les employés que chez les cadres et professions intermédiaires.

Le Haut Comité recommande que soit renforcé l'effort de recensement et de suivi de ces inégalités. Certains "systèmes de surveillance" existants, comme celui des maladies professionnelles ou des maladies à déclaration obligatoire, ne permettent pas d'appréhender directement ces inégalités sociales. Les efforts de recherche doivent être approfondis dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et du recours à la prévention et aux soins pour comprendre, au-delà des catégories socioprofessionnelles et des ressources financières des personnes, ce qui détermine ces situations sanitaires, ces comportements de santé et ces recours aux soins.

Les inégalités socio-spatiales de santé sont-elles une fatalité dont on peut s'accommoder, en espérant que les ressources publiques destinées au système de soins curatifs permettent de les corriger ? Le Haut Comité de la santé publique s'élève contre cette illusion et recommande aux pouvoirs publics de faire de la lutte contre les inégalités de santé une priorité non seulement des politiques de santé mais aussi, plus largement, des politiques publiques dans leur ensemble. Il considère également que "d'une manière générale, les facteurs d'environnement, les conditions de travail, le cadre de vie constituent des déterminants collectifs de la santé encore insuffisamment pris en compte dans une perspective de promotion de la santé".

**Laurent Vogel**

lvogel@etuc.org

Le texte intégral du rapport peut être consulté sur le site : <http://hcspe.nsp.fr/hcspe/explore.cgi/accueil>

### Rapports des taux de mortalité des hommes travailleurs manuels/non manuels âgés de 45 à 59 ans en Europe

	Cancer poumon	Autres cancers	Cardiovasculaire	Gastro-intestinal
France	1,65*	1,75*	1,14	2,20*
Angleterre, pays de Galles	1,54*	1,07	1,50*	Non disponible
Irlande	1,95*	1,17*	1,23*	1,08
Finlande	2,20*	1,14*	1,47*	1,37*
Suède	1,46*	1,11*	1,36*	1,58*
Norvège	1,62*	1,15*	1,35*	1,42*
Danemark	1,51*	1,09*	1,28*	1,65*
Suisse	1,73*	1,29*	0,96	1,62*
Italie (Turin)	1,26	1,17*	1,08	1,85*
Espagne	1,38*	1,31*	0,98	1,59*
Portugal	1,07	1,15*	0,76*	1,59*

\* Rapport significativement différent de 1

Source : Kunst, A. E., Groenhof, F., Mackenbach, J. P., "Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens", in : Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. (eds), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : Inserm-La Découverte, 2000, pp. 53-68.

## La sous-estimation des conditions de travail

L'extrait du rapport\* que nous reproduisons ici est la contribution de Marcel Goldberg de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) sur la sous-estimation de l'impact des conditions de travail sur la santé.

Les données de la littérature scientifique internationale permettent d'affirmer que les facteurs professionnels pèsent d'un grand poids sur la santé de la population. On estime notamment qu'environ le tiers des différences sociales de mortalité par cancer dans les pays industrialisés est expliqué par l'exposition à des facteurs d'origine professionnelle, et que cette fraction s'élève jusqu'à environ 50 % pour les cancers du poumon et de la vessie. A côté des cancers, qui font l'objet de recherches nombreuses, d'importants problèmes de santé trouvent tout ou partie de leur origine dans l'environnement professionnel : troubles musculo-squelettiques (au moins 30 % des hommes adultes souffrent de lombalgies en grande partie liées aux conditions de travail, et on observe depuis plusieurs années, dans tous les pays qui disposent de données, le développement d'une véritable épidémie d'affections périarticulaires), troubles de l'audition, de la reproduction, pathologie respiratoire non tumorale, dermatologique, neuro-psychiatrique, cardiovasculaire, etc. A côté des nuisances de nature physico-chimique et biologique, les facteurs psychosociaux associés à l'organisation du travail exercent également une influence considérable, aussi bien sur la sphère somatique que sur la santé mentale.

Le système français de réparation des maladies d'origine professionnelle repose sur l'existence de "tableaux" fixant des critères de reconnaissance selon les pathologies et les conditions d'exposition à des facteurs pathogènes d'origine professionnelle. Ce système est régulièrement mis en cause en raison d'une sous-reconnaissance globale des maladies professionnelles et de disparités régionales importantes dans la probabilité de reconnaissance d'une affection au titre des maladies professionnelles. Cette sous-reconnaissance concerne vraisemblablement l'ensemble des affections d'origine professionnelle pour lesquelles existe un tableau qui en prévoit la prise en charge, et est le plus souvent difficile à quantifier. Mais les données partielles disponibles dans le domaine des cancers et des troubles musculo-squelettiques permettent d'apprécier l'ampleur de ce problème.

Concernant les cancers d'origine professionnelle, environ 500 cas ont été pris en charge au titre des maladies professionnelles en France en 1999, alors que des estimations basées sur la littérature internationale permettent d'estimer leur nombre à plusieurs milliers de cas par an. L'exemple des cancers professionnels dus à l'amiante, pourtant bien identifiés, est particulièrement frappant : seulement 413 cancers attribués à l'amiante ont été reconnus comme maladies professionnelles par le régime général en 1998, alors qu'une estimation "basse" de la mortalité due à l'amiante en France est de 1.950 décès pour l'année 1996.

Un constat identique peut être établi pour les affections périarticulaires, et notamment pour le syndrome du canal carpien, qui est l'une des affections dont les facteurs étiologiques professionnels sont les mieux établis. Une étude récente réalisée à Montréal, mais dont les résultats peuvent globalement être transposés à la situation française, montre que la part attribuable au travail des interventions chirurgicales pour syndrome du canal carpien parmi les travailleurs manuels est de 76 % chez les hommes et 55 % chez les femmes. Or on estime à 130.000 par an le nombre d'interventions chirurgicales pour syndrome du canal carpien en France pour environ 2.000 cas par an d'affections périarticulaires reconnues au titre de maladie professionnelle. Même si toutes les interventions chirurgicales ne concernent pas des travailleurs manuels, on voit donc que, là aussi, existe un très important phénomène de sous-reconnaissance de l'étiologie professionnelle de cette pathologie. Et cela alors même que, contrairement à la plupart des cancers, le délai d'apparition est bref après l'exposition aux conditions de travail qui sont à leur origine, et que de ce fait la plupart des cas surviennent en période d'activité professionnelle, alors que les salariés sont encore surveillés par la médecine du travail. L'une des conséquences de cette sous-estimation des étiologies professionnelles est l'insuffisance de la prévention en milieu de travail. Le système de réparation des maladies professionnelles a été conçu, par la sanction financière qu'il représente pour les entreprises, pour favoriser des mesures de prévention et d'amélioration des conditions de travail. En fait, la sous-estimation très importante des conséquences des expositions professionnelles contribue vraisemblablement de façon puissante à différer les efforts d'information et de prévention, indispensables pour lutter contre ces pathologies évitables.

Par ailleurs, en l'absence de données nationales, l'estimation de la part des maladies attribuable à des facteurs professionnels est établie exclusivement à partir de données de la littérature internationale. Le premier inconvénient de cette situation est qu'elle conduit à des estimations non valides, la part attribuable aux facteurs professionnels étant étroitement dépendante de la population concernée. Mais surtout, elle contribue à la sous-estimation du poids de la pathologie professionnelle, un problème apparaissant toujours plus important lorsque sa mesure repose sur des données nationales partagées par un grand nombre d'acteurs que sur la transposition de données étrangères, dont la diffusion est restreinte aux rares spécialistes du domaine.

**Marcel Goldberg**, Inserm U88

\* Marcel Goldberg, "Déterminants professionnels: des effets qui restent largement sous-estimés", in *La santé en France 2002*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la santé publique, janvier 2002, pp. 129-131.

Extrait reproduit avec l'accord de l'auteur et du HCSP.