UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

Les déterminants sociaux de la santé :
Effets biologiques et approche socio-anthropologique

MEMOIRE pour le diplôme d'étude spécialisé en Médecine générale

Présenté et soutenu

Le 08 avril 2014

Frédérick STAMBACH

Né le 14/10/1982, à Charleville-Mézières

Droits d'auteur réservés ou (cc) BY-NC-ND

Table des matières

Introduction 4
1. Les déterminants sociaux de la santé 6
1.1. Constats généraux 6
1.1.1. Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques 6
1.1.2. Espérance de vie à 35ans avec ou sans incapacité 7
1.1.3. Proportion des personnes ayant déclaré avoir dû renoncer aux soins pour raisons financières 10
1.1.4. Comparaisons internationales 11
1.1.4.1. La santé perçue 11
1.1.4.2. L'espérance de vie avec ou sans incapacité selon le niveau d'étude 13
1.1.4.3. Le renoncement aux soins 15
1.1.5. Cadre conceptuel général 16
1.2. Les principaux déterminants sociaux de la santé 17
1.2.1. L'éducation 17
1.2.2. Le revenu 18
1.2.3. L'emploi 21
1.2.4. Conditions de vie dans l'enfance et l'adolescence 25
1.2.5. Conditions de vie et environnement 26
1.3. Des mécanismes généraux communs 27
2. Les effets biologiques 29
2.1. Physiologie du stress 29
2.2. Les pathologies induites 30
2.2.1. Les pathologies cardiovasculaires 30
2.2.2. Les pathologies mentales 30
2.2.3. Les cancers 31
2.2.4. L'obésité et les troubles endocriniens 31
3. Les interactions entre le biologique et le social : essai d'une approche socio-anthropologique 32
3.1. Un système structurel hiérarchique et compétitif 32
3.2. Le Revenu relatif comme marqueur principal des sociétés contemporaines? 34
3.3. Une approche par les théories monétaires hétérodoxes 35
Conclusion 37
Références bibliographiques 38

Table des illustrations

Figure 1 - Espérance de vie à 35ans, des hommes et des femmes en France par CSP, périodes 1976-84 et 1991-99 [2] 7
Figure 2 - Espérance de vie à 35ans avec ou sans incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, pour différents indicateurs d'incapacité. Hommes et femmes, France, 2003 [10]..... 8
Figure 3 - Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité [15] 10
Figure 4 - Évolution du taux de renoncement aux soins selon le niveau de revenu [15] 11
Figure 5 - État de santé ressenti en pourcentage, par niveau d'éducation, EU-15, 1998 [18] 12
Figure 6 - Population adulte déclarant être en bonne santé par niveau de revenu, 2011 (ou année la plus proche) [19] 12
Figure 7 - Écart d'espérance de vie à 30 ans entre niveaux d'éducation, 2010 (ou année la plus proche) [19] 13
Figure 8 – Espérance de vie à 30ans en fonction du niveau de diplôme pour les femmes en 2007 (source Eurostat) [20].....14
Figure 9 - Espérance de vie à 30ans en fonction du niveau de diplôme pour les hommes en 2007 (source Eurostat) [20].....14
Figure 10 – Indice relatif d'inégalités (IRI) et intervalle de confiance à 95% selon le niveau d'étude pour la mortalité toutes causes par sexe et par population [21]. 15
Figure 11 - Besoins insatisfaits de soins[1] pour raison financière, onze pays de l'OCDE, par niveau de revenu - 2010 [23] 15
Figure 12 - Cadre conceptuel de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS [25].....16
Figure 13 – Revenu par habitant et espérance de vie à la naissance, tous pays confondus, en surligné la France [37] 19
Figure 14 - Rapports entre la croissance économique et l'IDH et ses composantes non monétaires, 1970-2010 [26] 19
Figure 15 – Bonheur subjectif en fonction du revenu par habitant 5 ans avant l'étude [38].....20
Figure 16 – Place du travail dans la vie des européens [41] 22
Figure 17 – Mortalité des hommes en fonction de leur situation sociale, sur la période 1990-96 en fonction de la situation sociale en 1990, hommes âgés de 30 à 64ans en 1990 [42] 24
Figure 18 - Mortalité des femmes en fonction de leur situation sociale, sur la période 1990-96 en fonction de la situation sociale en 1990, femmes âgées de 30 à 64ans en 1990 [42] 24
Figure 19 – Enchaînement et emboîtement des déterminants de la santé [42].....28
Figure 20 – Indice global de problèmes sanitaires et sociaux en fonction de l'inégalité de revenu, France surlignée [37].....35

Table des tableaux

Tableau 1 - Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (en %) [9] 6
Tableau 2 - Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon le niveau d'études (en %) [9]..... 7
Tableau 3 - Espérance de vie totale et sans incapacité à 35ans selon la catégorie de profession des hommes et des femmes, Frances 2003 (deux indicateurs d'incapacité) [10] 9
Tableau 4 – Catégorie socioprofessionnelle en 2012 des jeunes en emploi.....18
Tableau 5 - Salaires mensuels nets déclarés en 2012 en fonction de l'âge et du diplôme [32] 21

Introduction

Durant le XXème siècle les problématiques de santé dans les pays riches se sont concentrées sur les soins curatifs puis préventifs, donc sur le système de santé et son articulation précise que cela soit en termes d'offre, d'accès ou de performances.

En France l'accès quasi-universel au système de soins, depuis l'introduction de la CMU en 2000, n'empêche pas les **inégalités sociales de santé** d'être particulièrement importantes, bien que l'état de santé moyen soit plutôt bon. Par exemple l'espérance de vie à 65ans en France était l'une des plus élevées d'Europe pour les hommes comme pour les femmes en 2008-2009. Pourtant à 35ans l'espérance de vie en bonne santé d'un homme cadre est supérieure de 9ans à celle d'un ouvrier. [1]

Les travaux sur ces inégalités sociales de santé ont montré qu'il existait un **gradient social de santé**, en d'autres termes ces inégalités sont socialement construites donc évitables. [2]

Depuis les travaux effectués dans les années 80, et notamment la première édition du rapport de l'OMS sous la direction de Richard Wilkinson et Michael Marmot réédité en 2004 [3], l'impact de ce que l'on nomme les **déterminants sociaux de la santé** sur ces inégalités fait largement consensus dans la communauté scientifique mondiale. Cela signifie que la santé est déterminée par des facteurs extérieurs au système de soins, et qu'ils sont principalement d'origine socio-économique. D'après le rapport du HSCP réalisé en 2009, il y aurait trois grands déterminants de la santé : les facteurs socio-économiques, les comportements et le système de santé (curatif et préventif) [2].

L'étude historique de l'évolution de l'état de santé des populations des pays riches depuis un siècle, nous révèlent que le principal facteur serait le progrès socio-économique d'ensemble de ces sociétés, et non uniquement l'amélioration des systèmes de santé. Le changement des conditions socio-économiques serait largement prépondérant, même si le pourcentage précis est par essence très difficile à évaluer [4].

Si l'importance de la prévention est largement admise par la collectivité, celle-ci n'est finalement qu'une composante du système de soin. Le succès des campagnes de vaccination est un bon exemple de l'adage selon lequel « mieux vaut prévenir que guérir » et aucun professionnel de santé ne pourrait remettre en cause le principe de la prévention, élément clé de notre système de soins.

Il est d'ailleurs généralement admis que la France investit insuffisamment dans la prévention en comparaison de pays de richesse comparable. Par exemple en 2010 la dépense de prévention se situait à 2.2% de la dépense courante de santé (DCS), moitié moins que les Pays-Bas avec 4.3% [5]. Cependant il est très difficile d'évaluer précisément les dépenses de prévention, un article de l'IRDES l'estimait à 6.4% de la DCS pour l'année 2002 contre 2.3% dans les comptes nationaux de la santé soit presque le triple [6].

Quoi qu'il en soit, l'originalité d'une approche à partir des inégalités sociales de santé est de permettre de se situer en amont du système de soins, donc en amont de la prévention elle-même. Il n'est pas question de sous-entendre que le système de soins n'aurait aucune influence, et l'amélioration de celui-ci doit bien entendu continuer à être l'une des priorités des politiques publiques.

Mais cette approche nécessite une interdisciplinarité très forte, au carrefour de la biologie, de la médecine, de la sociologie, de l'anthropologie, de l'économie et de la santé publique. Finalement cette démarche fait appel à toutes les sciences. Le médecin généraliste, de par sa position centrale dans le système de soins français, se trouve confronté à ces inégalités sociales de santé. La compréhension de cette réalité est donc un enjeu particulièrement important pour le médecin généraliste, il peut ainsi être ce maillon interdisciplinaire, puisqu'il a un pied dans le système de santé et l'autre dans le social.

Cette réflexion nous porte à considérer l'environnement global des populations pour appréhender leur santé, donc de se décentrer du système de soins sans en nier l'importance. Par exemple la recherche sur ces questions a permis de mettre en évidence un paradoxe : le système de soins peut contribuer à augmenter les inégalités sociales de santé, notamment par l'intermédiaire des grandes campagnes de prévention [7]. En effet les catégories socio-professionnelles les plus aisées possèdent les capacités culturelles et matérielles pour modifier leur comportement. En d'autres termes le message est d'autant plus efficace que les populations sont déjà sensibilisées au problème. L'efficacité de la prévention est alors beaucoup plus importante chez ces populations, alors qu'elle est moins efficace pour les populations les moins favorisées, qui sont celles possédant les comportements les plus nuisibles à la santé. C'est ainsi que les inégalités peuvent s'accroitre [8]. Cela nous ramène directement aux inégalités socio-économiques.

Pour ce mémoire nous avons décidé de présenter ce travail en trois grandes parties.

La première concernera les déterminants sociaux de la santé, et visera à mettre en lumière les grands déterminants qui ont pu être identifiés scientifiquement. Nous tâcherons alors d'analyser les mécanismes généraux sur lesquels ils reposent. Il s'agira de tenter de mettre en évidence des invariants anthropologiques.

La deuxième partie sera consacrée aux connaissances disponibles concernant les effets biologiques de ces déterminants sociaux, donc d'essayer de comprendre comment ces derniers peuvent jouer un rôle dans l'apparition de maladies diverses.

Enfin la troisième et dernière partie s'attachera à comprendre comment une situation sociale particulière peut aboutir à un effet biologique. Ici nous chercherons à proposer une explication d'ordre socio-anthropologique pour ce qui relie les grands facteurs socio-économiques de la santé à leurs effets biologiques. Il s'agit d'essayer d'analyser quel est le chaînon reliant l'organisme à l'environnement social.

1. Les déterminants sociaux de la santé

1.1. Constats généraux

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, le rapport du HCSP de 2009 distingue trois grandes familles de déterminants de la santé : les ***déterminants socio-économiques et politiques***, les ***comportements*** et le ***système de soins*** [2].

Ce même rapport propose une définition des inégalités sociales de santé que nous reprenons totalement à notre compte: elles *« sont systémiques, socialement construites et donc modifiables et injustes. Le terme systémique indique que les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population. »* [2]

C'est à partir de cette définition que nous pouvons introduire le **gradient social de santé**, puisque celui-ci affirme l'idée que ces inégalités suivent un continuum, et que la santé s'améliore progressivement lorsque nous remontons le long de la hiérarchie sociale.

Pour illustrer ces constatations nous utiliserons les indicateurs synthétiques d'état de santé tels que définis dans la loi relative à la santé publique 2004, et reprise dans le dernier rapport sur l'état de santé de la Drees publié en 2011 [9], à savoir :

- Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques
- Espérance de vie à 35ans avec ou sans incapacité
- Proportion des personnes ayant déclaré avoir dû renoncer aux soins pour raisons financières (indicateur d'accès aux soins)

Ces différents indicateurs sont exprimés selon les catégories socioprofessionnelles (CSP), ou le niveau d'étude (quatre catégories : primaire, premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur). Ces indicateurs sont censés rendre possible les comparaisons internationales en matière de santé.

1.1.1. Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques

Tableau 1 - Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (en %) [9]

Catégorie socio-professionnelle	Part de la population déclarant…			Part dans la population
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Agriculteurs exploitants	96,1	21,0	11,8	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	97,1	22,1	13,7	3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98,1	20,6	8,8	8
Professions intermédiaires	97,8	23,0	10,3	13
Employés	95,4	25,8	14,1	17
Ouvriers (y, c, ouvriers agricoles)	94,2	25,1	15,6	14
Retraités	80,0	59,3	43,4	29
Autres inactifs	90,3	26,4	20,3	14
Total	**90,4**	**34,5**	**22,7**	**100**

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

*** Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? ».

Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007, INSEE.

Tableau 2 - Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon le niveau d'études (en %) [9]

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant…			Part dans la population
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Sans diplôme ou CEP	80,5	50,4	40,2	30,3
CAP-BEPC	92,5	31,0	18,8	9,7
Bac à Bac +2	93,9	28,9	16,3	38,8
Diplôme supérieur	97,3	23,6	11,3	21,2
Total	**90,4**	**34,5**	**22,7**	**100**

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».
** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »
*** Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? ».
Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.
Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007, INSEE.

1.1.2. Espérance de vie à 35ans avec ou sans incapacité

Figure 1 - Espérance de vie à 35ans, des hommes et des femmes en France par CSP, périodes 1976-84 et 1991-99 [2]

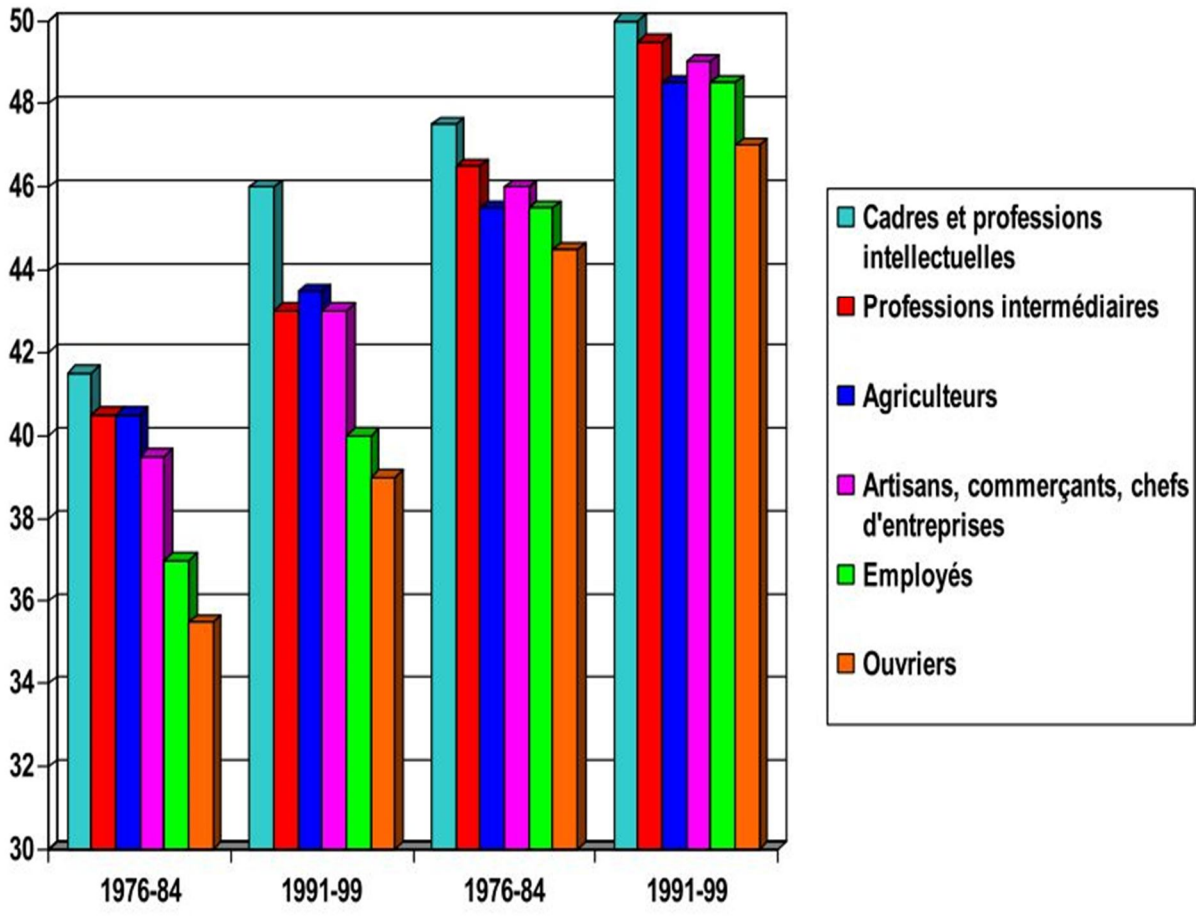
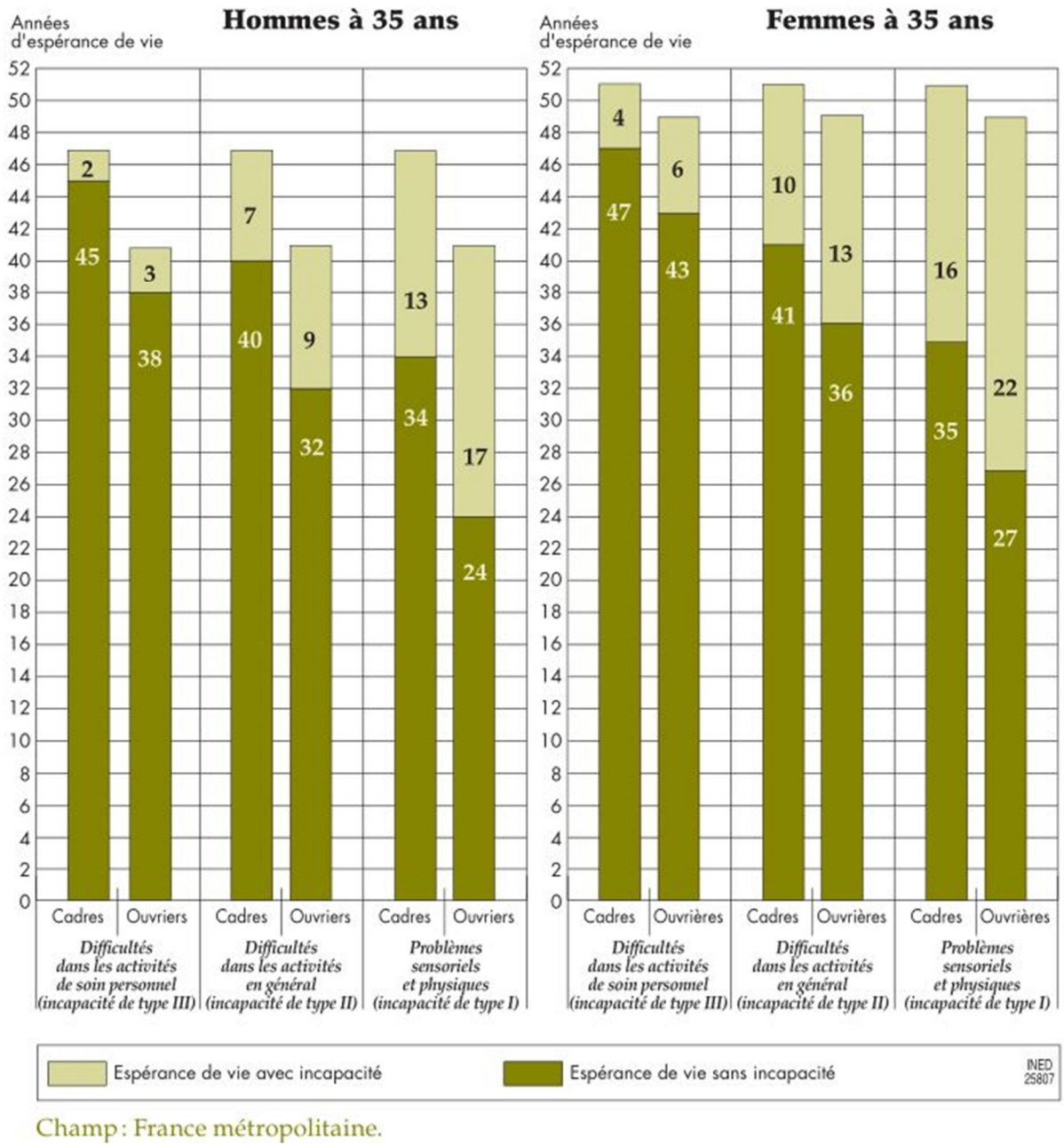


Figure 2 - Espérance de vie à 35ans avec ou sans incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, pour différents indicateurs d'incapacité. Hommes et femmes, France, 2003 [10]



Dans ces illustrations nous constatons que les cadres sont ceux qui bénéficient de la meilleure espérance de vie totale ou sans incapacité. Nous remarquons également que les écarts sont beaucoup plus marqués chez les hommes. Cette particularité pourrait s'expliquer en partie parce que leurs CSP seraient très représentatives de leurs conditions de vie effectives, elles-mêmes très liées aux déterminants de la santé. Cela serait moins le cas pour les femmes, plus souvent inactives, ou possédant un emploi ne correspondant pas à leurs qualifications, la CSP reflétant donc moins les conditions de vie réelles [11].

L'indicateur de la qualité de vie qu'est l'espérance de vie en bonne santé, montre une différence de plus de 9 ans entre un cadre et un ouvrier (figure 2).

Le tableau 3 ci-après confirme que l'espérance de vie sans incapacité se distribue graduellement le long de l'échelle sociale.

Tableau 3 - Espérance de vie totale et sans incapacité à 35ans selon la catégorie de profession des hommes et des femmes, Frances 2003 (deux indicateurs d'incapacité) [10]

Profession et catégorie sociale	Répartition dans la population (%)	Espérance de vie (années)						Espérance de vie totale (années)
		Avec ou sans difficultés dans les activités de soins personnels (incapacités de type III)			Avec ou sans problèmes fonctionnels physiques et sensoriels (incapacités de type I)			
		avec	sans (a)	rapport** (a/b)	avec	sans (a)	rapport** (a/b)	(b)
Hommes, 35 ans								
Cadres supérieurs	16 %	2,1	44,5	96 %	12,6	34,0	73 %	**46,6**
Professions intermédiaires	21 %	2,4	42,4	95 %	14,0	30,8	69 %	**44,8**
Agriculteurs exploitants	6 %	2,9	42,4	94 %	16,3	29,0	64 %	**45,3**
Indépendants	10 %	2,5	41,9	94 %	14,3	30,1	68 %	**44,4**
Employés	10 %	3,1	39,0	93 %	13,7	28,4	67 %	**42,1**
Ouvriers	34 %	3,4	37,5	92 %	16,5	24,4	60 %	**40,9**
Inactifs*	3 %	8,7	21,7	71 %	19,9	10,5	35 %	**30,4**
Total	**100 %**	**3,0**	**39,8**	**93 %**	**15,1**	**27,7**	**65 %**	**42,8**
Femmes, 35 ans								
Cadres supérieures	8 %	4,4	46,5	91 %	15,5	35,4	70 %	**50,9**
Professions intermédiaires	14 %	4,4	45,4	91 %	17,7	32,1	65 %	**49,8**
Agricultrices exploitantes	5 %	6,2	43,9	88 %	20,7	29,4	59 %	**50,1**
Indépendantes	5 %	5,3	44,8	89 %	18,4	31,7	63 %	**50,1**
Employées	35 %	5,0	44,4	90 %	20,5	28,9	59 %	**49,4**
Ouvrières	12 %	6,1	42,5	87 %	21,8	26,8	55 %	**48,6**
Inactives*	21 %	5,6	41,1	88 %	21,2	25,5	55 %	**46,7**
Total	**100 %**	**5,3**	**43,5**	**89 %**	**20,0**	**28,8**	**59 %**	**48,8**

* voir note (1) dans le texte.
** Proportion de l'espérance de vie totale indemne d'incapacité.
Champ : France métropolitaine.

En revanche une catégorie semble particulièrement touchée en considérant les deux indicateurs, espérance de vie totale et en bonne santé, il s'agit des ***hommes inactifs***. Il faut préciser que dans les chiffres cités, la catégorie des « inactifs » représente les personnes qui ne travaillent pas actuellement pour d'autres motifs que le chômage ou la retraite. Les chômeurs sont donc intégrés dans leurs CSP respectives. La durée d'indemnisation du chômage en France est de 36mois maximum (24mois pour les moins de 50ans) [12]. Cela signifie qu'une part des inactifs peuvent être des « chômeurs » de très longue durée ayant épuisé leurs droits à pôle emploi. Nous analyserons plus précisément les populations en dehors de l'emploi au chapitre 1.2.3.

A 35ans, les hommes inactifs présentent une espérance de vie totale de 16.2 ans inférieure à celle d'un cadre, et une espérance de vie sans incapacité de 23.5ans inférieure (4.2ans et 9.9ans respectivement pour

une femme du même âge). Les employés hommes et femmes sont également défavorisés. Les catégories socioprofessionnelles les plus basses vivent non seulement moins longtemps mais également en moins bonne santé que les catégories les plus aisées. C'est ce que Cambois et al. nomme « la double peine » [10].

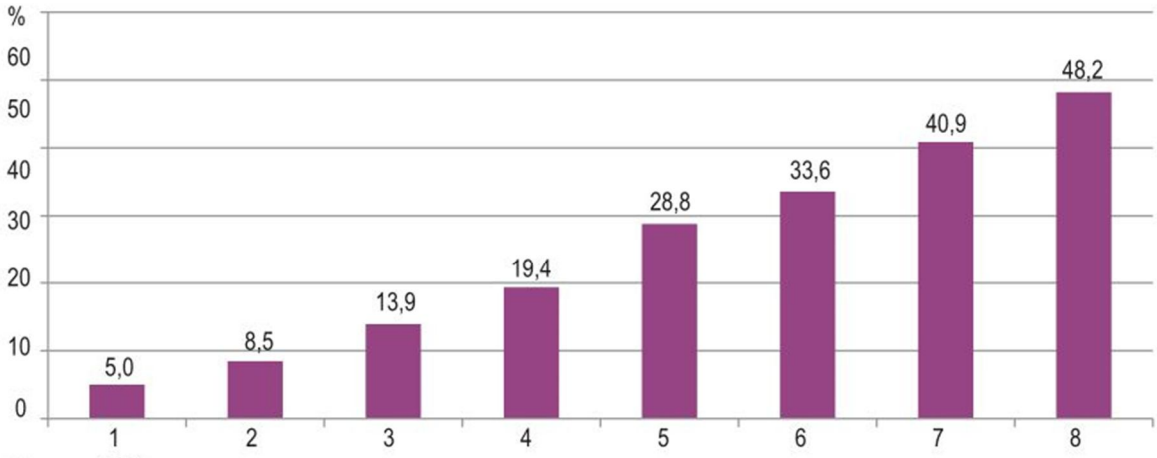
1.1.3. Proportion des personnes ayant déclaré avoir dû renoncer aux soins pour raisons financières

Dans la version 2010 de l'enquête sur la santé et la protection sociale environ **15.1%** de la population aurait renoncé à se soigner pour des raisons financières [13]. Ce chiffre était de 15.4% en 2008, relativement stable et même en légère diminution [14].

Cependant ce chiffre moyen cache des différences importantes au sein de la population Française. Par exemple la proportion de cadres ayant renoncé à des soins pour raisons financières était de 9.5% contre 17.1% pour les ouvriers non qualifiés et 18.3% pour les inactifs.

Després et al. ont construit un indicateur de précarité basé sur l'ensemble des évènements de précarité passés, présents et futurs. Comme nous pouvions l'imaginer, ce sont les plus précaires ainsi définis qui renoncent le plus aux soins pour raisons financières, malgré le dispositif de couverture maladie universelle (CMU) de base et complémentaire [15].

Figure 3 - Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité [15]



Champ : 18-64 ans.

Source : Irdes, enquête Santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

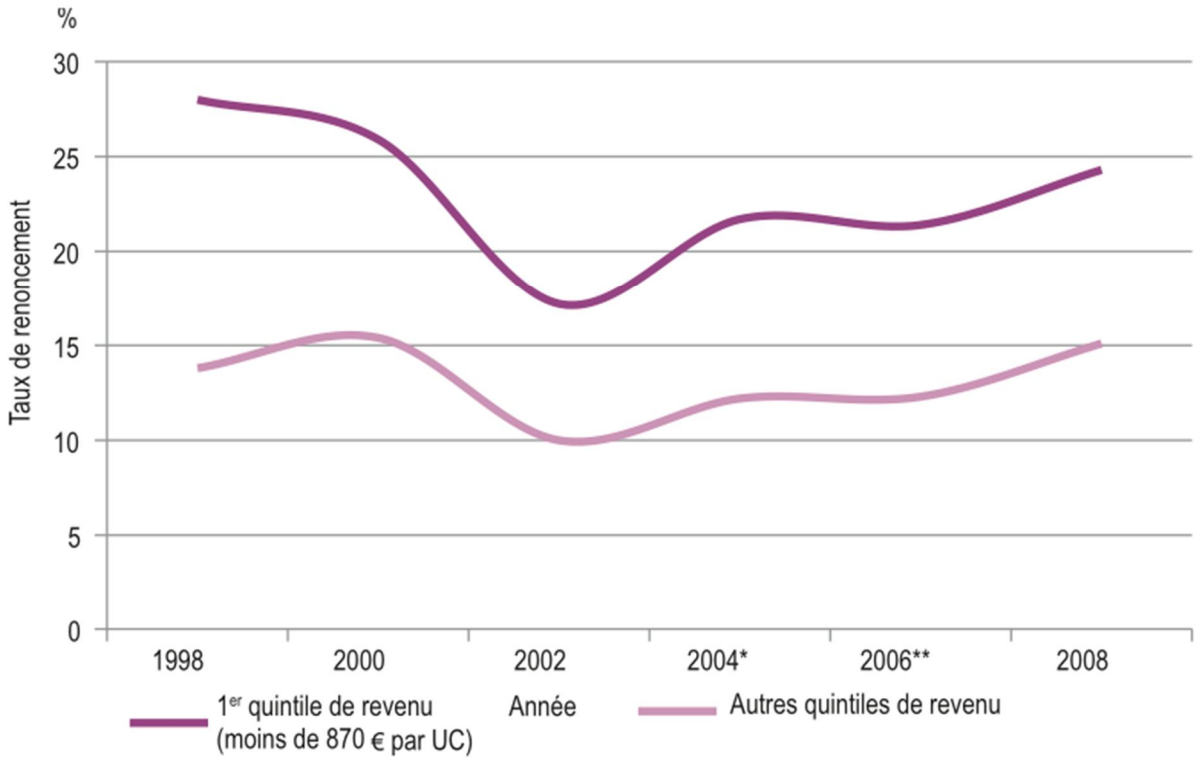
La renonciation aux soins est un processus complexe, qui ne renvoie pas uniquement aux revenus mais comme toujours, à des facteurs socio-culturels. Certains auteurs proposent de différencier deux types de renoncements.

Le ***renoncement refus*** serait à considérer comme un acte d'autonomie à l'égard de la médecine dite conventionnelle, ou comme un refus du fait même de se soigner. Plus généralement il peut révéler une très faible estime de soi et une sensation d'exclusion de la société et de son système de soins.

Le renoncement aux soins pour raisons financières serait alors à intégrer dans le ***renoncement barrière***, qui comprend également l'organisation du système de soins, mais aussi les perceptions qu'en ont les populations en particulier les plus démunies [16]. Le « renoncement global » serait alors la résultante éminemment intriquée de ces deux formes de renoncement.

A ce propos Deprés et al. constatent pour les 18-64ans une évolution inquiétante, si le taux de renoncement pour raisons financières chute brutalement à partir de l'année 2000 suite à l'introduction de la CMU, il remonte progressivement pour tous les quintiles de revenu à partir de 2003 pour atteindre un niveau proche de ce qu'il était dans les 1998-99 [15].

Figure 4 - Évolution du taux de renoncement aux soins selon le niveau de revenu [15]



Champ : 18-64 ans.

Source : Irdes, enquête Santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

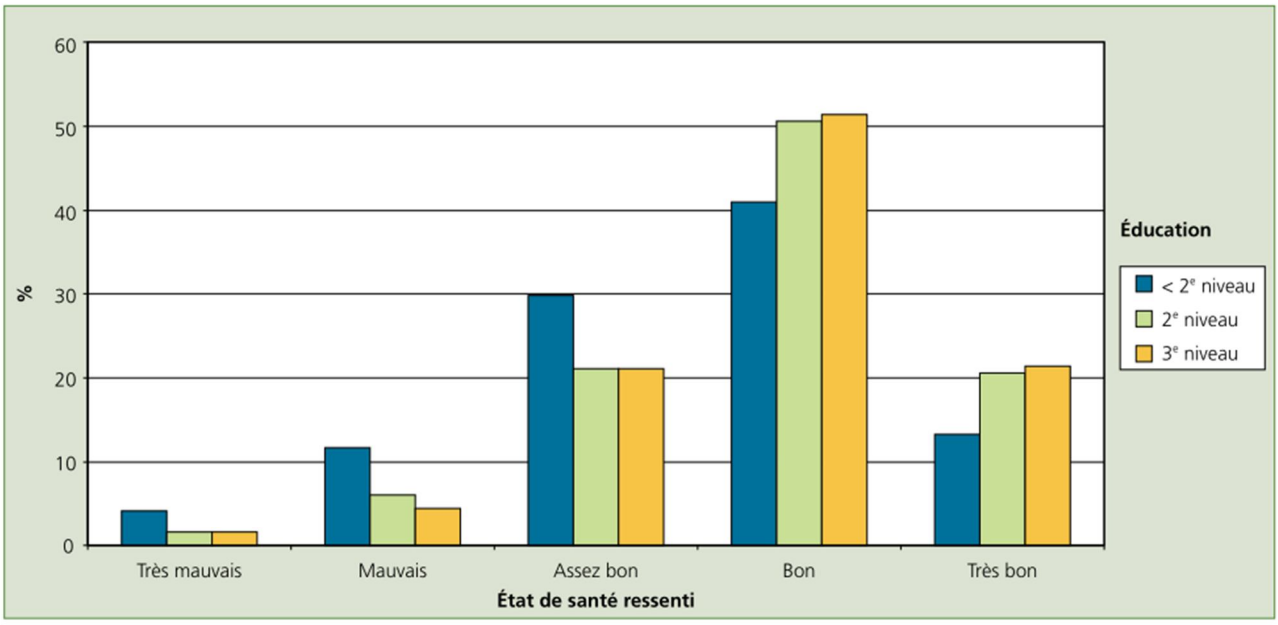
1.1.4. Comparaisons internationales

Les comparaisons internationales sont délicates mais elles permettent de distinguer les mêmes phénomènes généraux : l'existence d'un gradient social de santé qui est plus marqué chez les hommes [17]. Nous présenterons quelques données disponibles selon le même plan que les indicateurs synthétiques.

1.1.4.1. La santé perçue

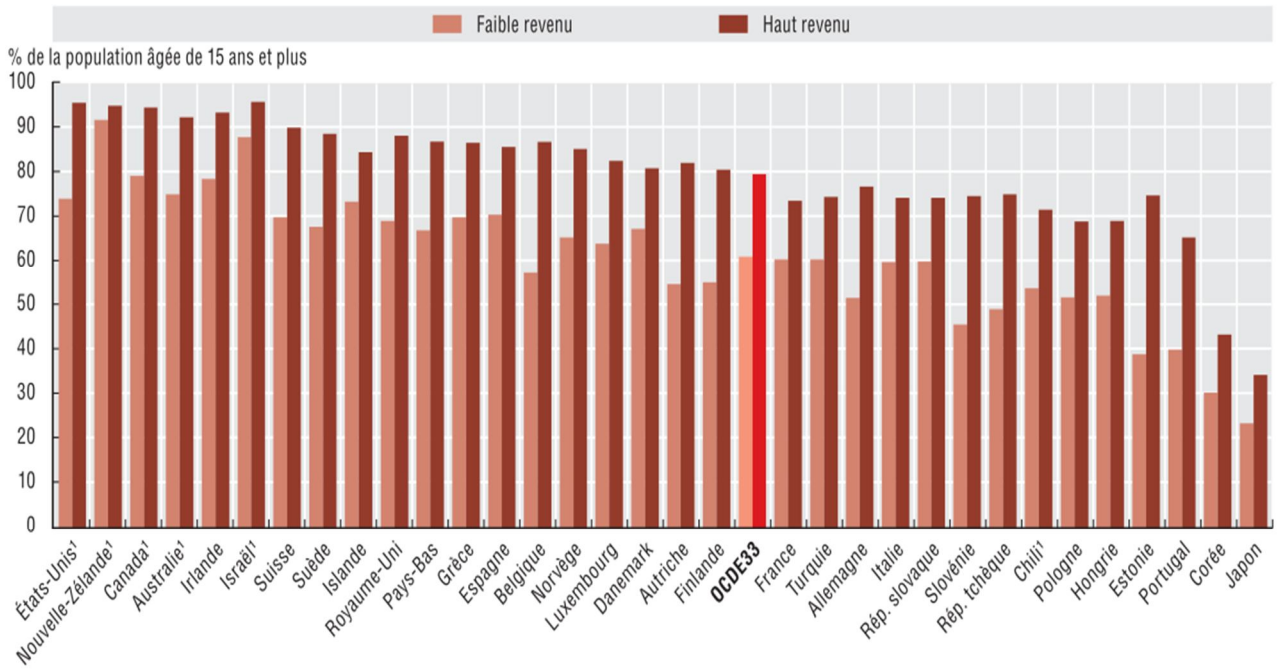
Nous n'avons pas de données identiques aux données françaises, notamment en ce qui concerne les pathologies chroniques selon la CSP, ou la santé fonctionnelle. Nous avons uniquement des données générales comme la santé perçue par niveau d'études. Elles ont l'avantage d'émaner de sources fiables : Eurostat et l'OCDE. Elles confirment les mêmes tendances qu'en France. Cette dernière se situe très légèrement sous la moyenne de l'OCDE.

Figure 5 - État de santé ressenti en pourcentage, par niveau d'éducation, EU-15, 1998 [18]



NB: Définition des niveaux d'études:
3e niveau: troisième niveau reconnu de l'enseignement (enseignement supérieur) (CITE 5-7),
2e niveau: deuxième cycle de l'enseignement secondaire (CITE 3),
< 2e niveau: inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire (CITE 0-2).
On ne dispose pas de données pour la Suède.
Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

Figure 6 - Population adulte déclarant être en bonne santé par niveau de revenu, 2011 (ou année la plus proche) [19]



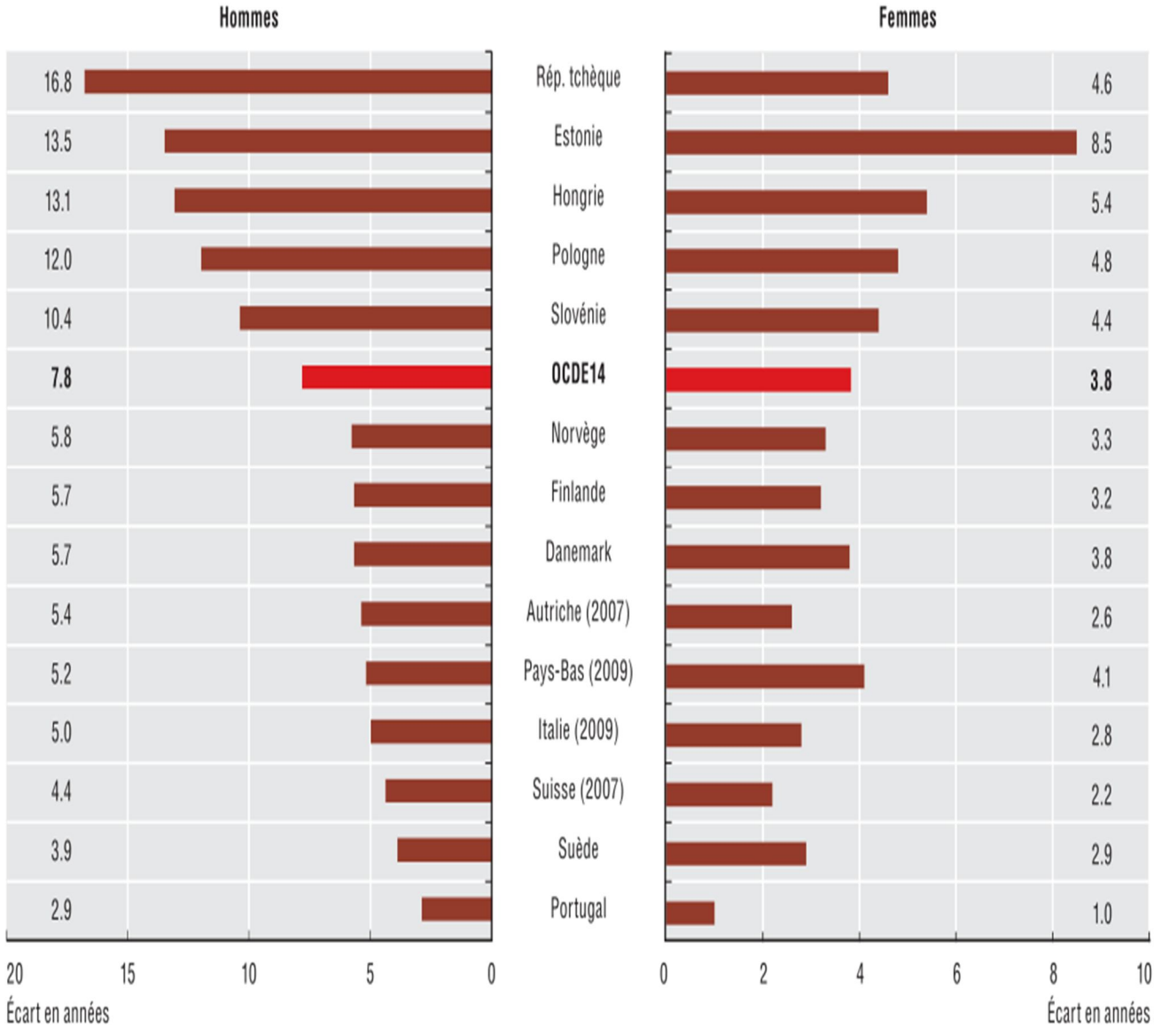
Note : Les pays sont classés par ordre décroissant de la proportion de la population totale déclarant être en bonne santé.
1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête (entraînant un biais à la hausse).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013 (EU-SILC pour les pays européens), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

1.1.4.2. L'espérance de vie avec ou sans incapacité selon le niveau d'étude

Les indicateurs sont légèrement différents de ceux utilisés en France puisque l'OCDE [19] et Eurostat [20] nous proposent l'espérance de vie à 30ans au lieu de 35ans. Cependant nous pouvons constater que le gradient social de santé est présent dans tous les pays. Il est, comme en France, plus intense chez les hommes. Les pays de l'Est possèdent des inégalités de santé particulièrement marquées pour les deux sexes. A contrario les pays du Sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal) et Nordiques (Suède, Norvège) allient de bonnes performances moyennes avec des inégalités de santé plus modestes.

Figure 7 - Écart d'espérance de vie à 30 ans entre niveaux d'éducation, 2010 (ou année la plus proche) [19]



Note : Les données présentent l'écart d'espérance de vie à 30 ans entre le plus haut (« enseignement tertiaire ») et le plus faible niveau (enseignement secondaire non complété) d'éducation.

Source : Eurostat complétée avec des données nationales pour l'Autriche, les Pays-Bas et la Suisse.

Figure 8 – Espérance de vie à 30ans en fonction du niveau de diplôme pour les femmes en 2007 (source Eurostat) [20]

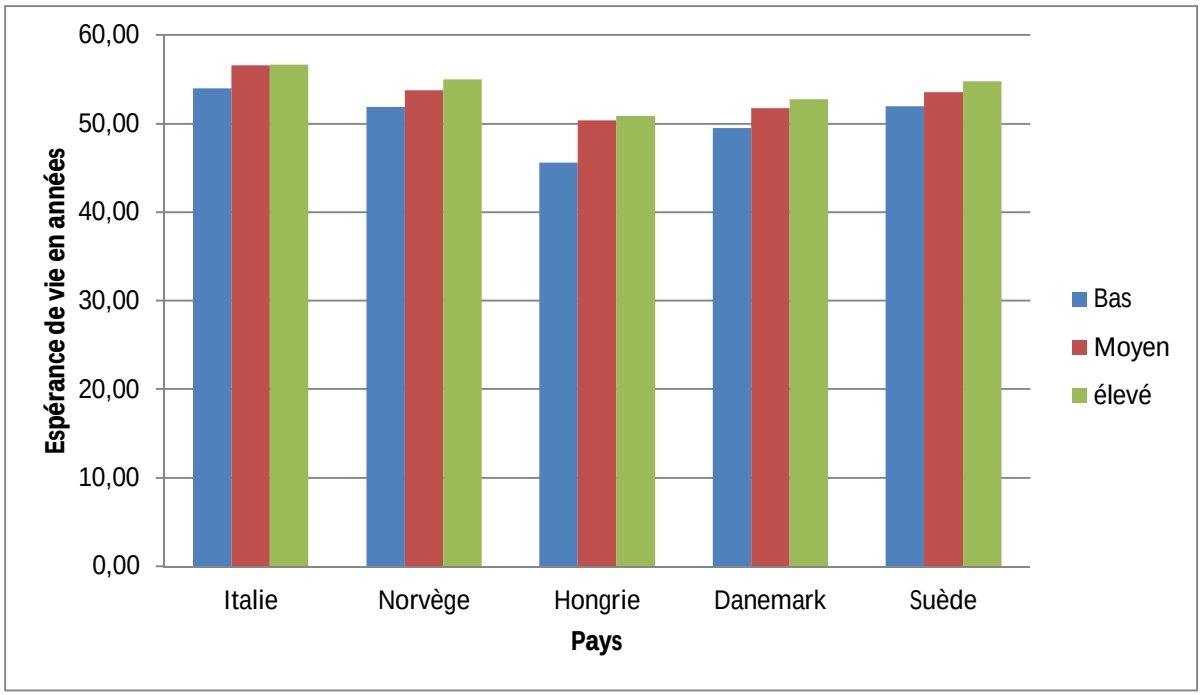
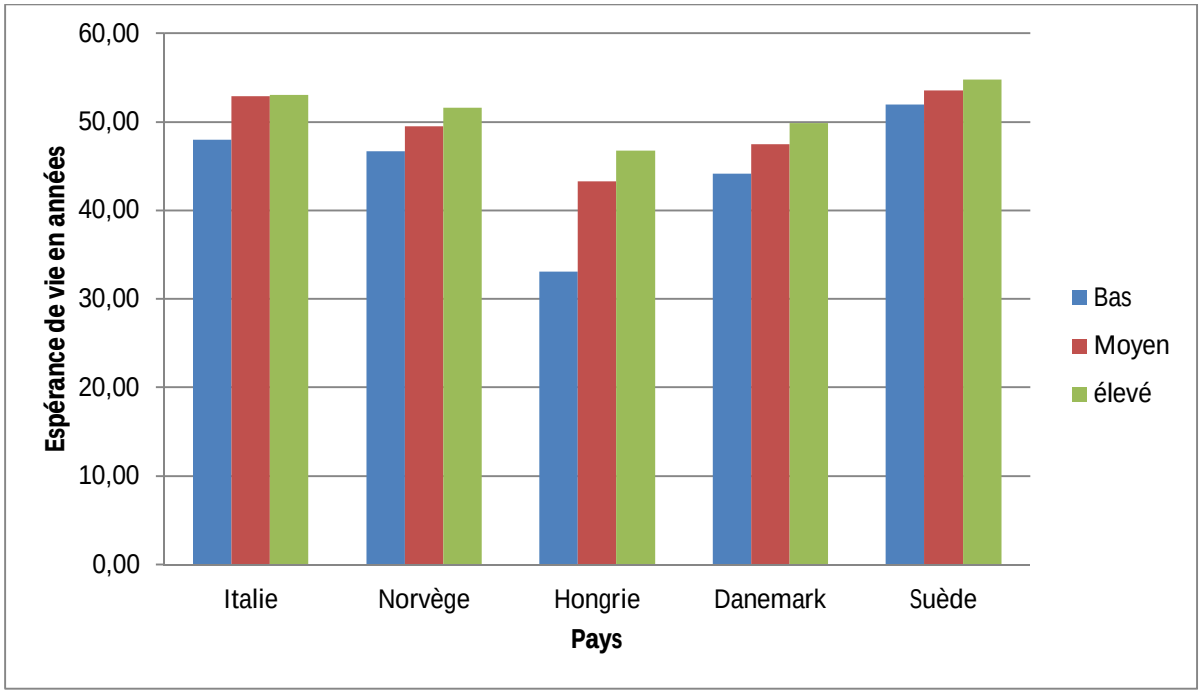
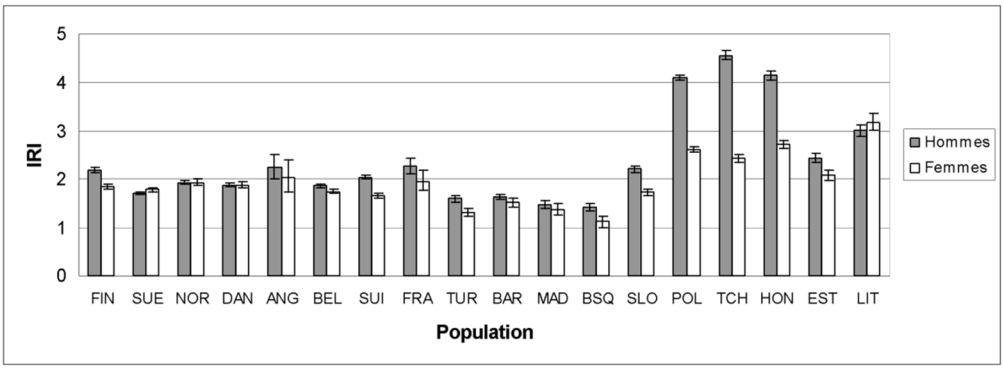


Figure 9 - Espérance de vie à 30ans en fonction du niveau de diplôme pour les hommes en 2007 (source Eurostat) [20]



Dans la figure 10 ci-dessous, nous utilisons l'indice relatif d'inégalités (IRI) qui est un indice basé sur la position relative des individus. Il s'interprète comme le risque de mortalité entre la « personne théorique » la plus diplômée et la « personne théorique » la moins diplômée. Par exemple un indice à 2 veut dire que le risque de mortalité est multiplié par deux lorsque l'on passe d'un bout à l'autre de l'échelle sociale [21].

Figure 10 – Indice relatif d'inégalités (IRI) et intervalle de confiance à 95% selon le niveau d'étude pour la mortalité toutes causes par sexe et par population [21].



FIN=Finlande, SUE=Suède, NOR=Norvège, DAN=Danemark, ANG=Angleterre et pays de Galles, BEL=Belgique, SUI=Suisse, FRA=France, TUR=Turin, BAR=Barcelone, MAD=Madrid, BSQ=Pays Basque Espagnol, SLO=Slovénie, POL=Pologne, TCH=République Tchèque, HON=Hongrie, EST=Estonie, LIT=Lituanie

Nous pouvons constater deux points importants.

Le *premier* est la confirmation d'un gradient social plus marqué pour les hommes dans tous les pays étudiés à l'exception notable de la Lituanie.

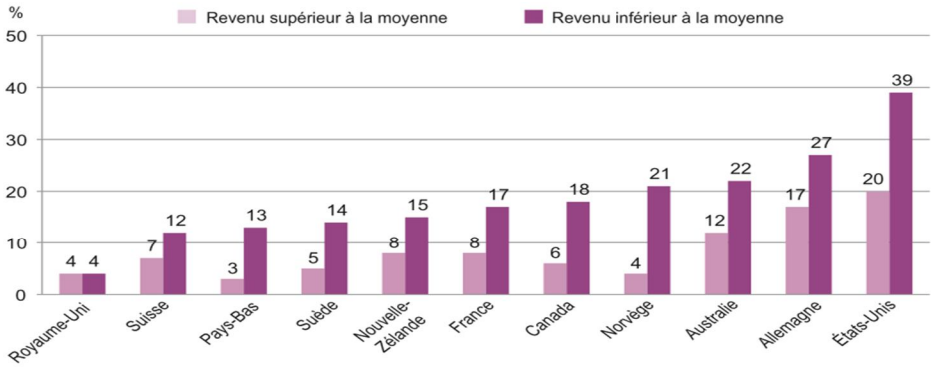
Le *second* concerne la France qui, en dehors des pays de l'Est récemment admis dans l'Union Européenne, présente l'un des plus mauvais IRI pour les hommes comme pour les femmes.

1.1.4.3. Le renoncement aux soins

Là encore les comparaisons ne sont pas aisées. La figure 11 ci-dessous met en évidence des différences statistiquement significatives, sauf pour le Royaume-Uni. Les données proviennent de l'étude annuelle multi-pays concernant différents aspects des politiques de santé, coordonnée par le Commonwealth Fund. Il s'agit de la version 2010 couvrant 11 pays européens (dont la France) et non-européens, avec des tailles d'échantillon variant de 1 000 personnes dans certains pays jusqu'à 3 500 personnes. Les échantillons étant faibles les résultats sont à manier avec précaution [22].

Ces réserves exprimées nous pouvons une fois de plus observer que la France se situe dans la fourchette des pays développés possédant de fortes inégalités de santé. La situation des USA est très défavorable.

Figure 11 - Besoins insatisfaits de soins[1] pour raison financière, onze pays de l'OCDE, par niveau de revenu - 2010 [23]



Note : 1. N'a pas reçu de soins médicaux, a manqué un examen médical, un traitement ou un suivi, ne s'est pas procuré des médicaments prescrits ou n'a pas respecté les doses.
Champ : 16-85 ans.
Source : Commonwealth Fund (2010).

1.1.5. Cadre conceptuel général

Nous pouvons observer que la difficulté physique du travail ne peut suffire à expliquer les écarts, puisque les populations présentant la plus faible espérance de vie totale ou sans incapacité sont celles qui sont inactives. C'est un indice de l'importance qu'a pris le travail dans nos sociétés contemporaines, puisque ne pas travailler semble être une telle souffrance, que cela diminue l'espérance de vie de façon très significative, nous y reviendrons dans le chapitre 1.2.3.

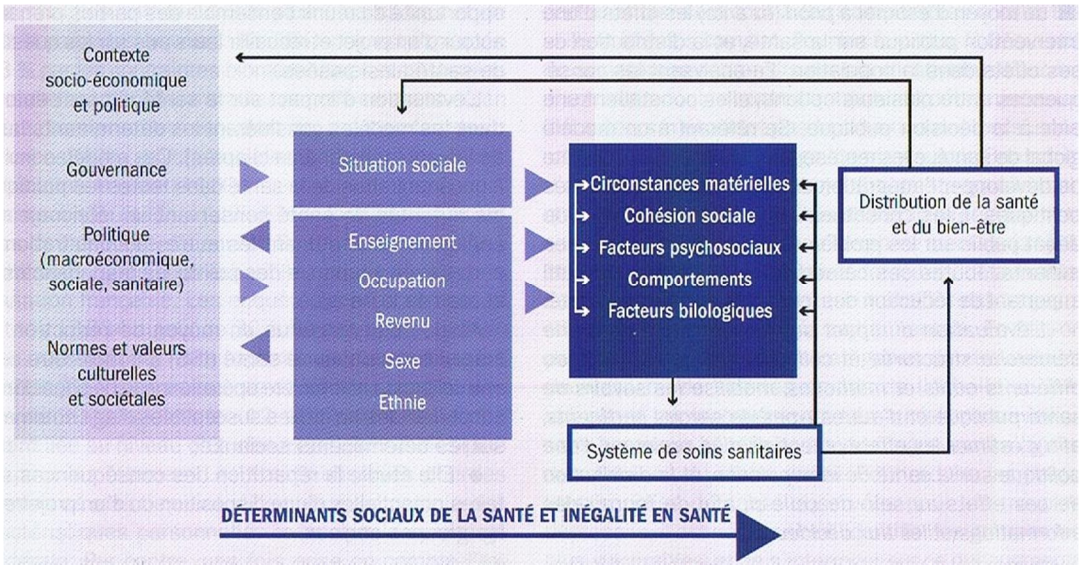
Rappelons que les inégalités sociales de santé se constituent en amont du système de soins, les mécanismes de ces dernières sont donc à rechercher en dehors de celui-ci.

Des travaux ont tenté d'évaluer le poids des différents déterminants, en 1996 Stronks estimait à 70% le poids des facteurs structurels, dont 56% pour les déterminants socio-culturels et 14% pour les facteurs comportementaux [1].

Cependant au-delà de la difficulté méthodologique pour approcher le poids de chaque facteur, ceux-ci étant intriqués et interagissant en permanence les uns avec les autres, le terme « comportemental » s'avère trompeur. En effet il sous-entend qu'il s'agirait de choix individuels. En réalité les comportements sont relativement homogènes par catégorie socioprofessionnelle, ce qui signifie que les choix individuels sont amplement déterminés par le groupe social auquel les individus appartiennent. Il en va de même du contexte global de la société dans laquelle ils évoluent [24].

La commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a proposé un cadre conceptuel montrant bien l'interdépendance des différents facteurs et la difficulté de les isoler.

Figure 12 - Cadre conceptuel de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS [25]



Nous faisons ici l'hypothèse qu'il n'est pas pertinent de distinguer dans une grande catégorie « les comportements » qui sont la résultante du contexte socio-économico-politique appliquée à l'individu. Nous estimerons par la suite que les comportements sont automatiquement intégrés dans notre réflexion d'ensemble, donc inclus dans le terme « **facteurs structurels** »*. Pour le dire autrement nous considérons que les facteurs structurels s'expriment par l'intermédiaire des comportements individuels, il s'agit donc de mettre ces structures à nu.

Cette réflexion est d'ailleurs implicitement confirmée par les rapports mentionnés, il existe une *« transmission des inégalités de santé indépendante des choix individuels »* [1] ou encore *« ces*

** encore appelés « facteurs fondamentaux » ou « cause des causes », dans la suite du texte nous utiliserons uniquement le terme de facteurs structurels*

comportements ne sont en aucun cas purement « individuels » mais dépendent du groupe social d'appartenance et du contexte socio-économique et sociétal » [2].

Ainsi nous nous attacherons à repérer les mécanismes généraux qui sous-tendent ces comportements, c'est à dire quels sont les grands facteurs structurels à l'origine des inégalités de santé.

1.2. Les principaux déterminants sociaux de la santé

Nous allons donc tenter de présenter les grands facteurs structurels, ou plus exactement les grands facteurs socio-économiques. En réalité le terme le plus approprié serait celui de **déterminants environnementaux**, compris au sens large c'est-à-dire l'environnement physico-chimique et socio-économique. Nous insisterons surtout sur les seconds.

Cette présentation n'a pas pour but d'être exhaustive et pour cause, tous les facteurs structurels se recoupent. Par exemple l'éducation influera sur le diplôme obtenu donc finalement sur le revenu. Pris séparément le diplôme comme le niveau de revenu sont corrélés à l'état de santé comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents.

Ils reflètent l'un et l'autre des mécanismes socio-anthropologiques sous-jacents par essence très difficiles à appréhender. Nous essayerons de les aborder au chapitre 3. Le point important concerne la complémentarité de ces différents facteurs structurels, c'est leur combinaison qui permet d'approcher ces mécanismes complexes et fluctuants qu'aucun indicateur « objectif » ne pourrait mesurer.

La construction de nombreux indicateurs au niveau international est le résultat de cette observation. L'un des plus connus est l'Indicateur de développement Humain (IDH) utilisé par l'ONU [26], agrégat de différents facteurs structurels que nous allons évoquer.

Dans la suite nous utiliserons le canevas tissé par le rapport du HSCP de 2009 [2].

1.2.1. L'éducation

L'éducation ne doit pas être comprise comme la seule « éducation à la santé », mais bien comme le système éducatif dans son ensemble, comprenant sa dimension territoriale, et donc aussi l'éducation sanitaire qui peut s'y dérouler.

Le système éducatif français est connu pour avoir des performances globales plutôt moyennes par rapport aux pays de richesse comparable, mais surtout pour être particulièrement inégalitaire, c'est-à-dire que l'écart entre les très bons élèves et les mauvais ne cesse de se creuser. C'est un système à deux vitesses comprenant les grandes écoles favorisées et le reste [27]. En effet bien que l'accès au système éducatif soit gratuit, et qu'il repose sur « l'égalité des chances » et la méritocratie, la réalité révélée par la recherche sociologique est beaucoup plus nuancée, et permet d'appréhender ces inégalités.

Dès les années 60 les travaux de Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron révélaient l'importance prise par le diplôme dans la légitimité sociale des individus, et sa très forte reproduction sociale. Le diplôme ayant pour lui l'alibi méritocratique, la légitimité symbolique de son détenteur, reflet de sa position sociale, devient « méritée » donc indiscutable. Alors que le niveau de diplôme est relié de façon très forte au niveau social des parents, ce mécanisme permet de justifier en quelques sortes les inégalités, la position sociale qu'occupent les individus est considérée comme le reflet de leur « valeur », et non comme un phénomène de reproduction sociale fondamentalement injuste [28]. Ce mécanisme est particulièrement à l'œuvre dans les grandes écoles, pépinières des grands corps d'état, inculquant ainsi un néfaste sentiment de supériorité en haut de l'échelle sociale, et le sentiment inverse à l'autre bout [29]. En France le diplôme est devenu un marqueur social très puissant, similaire à celui de la noblesse dans l'ancien régime.

Actuellement les inégalités scolaires tendant à s'aggraver, malgré les appels à la « démocratisation ». Sans rentrer dans les détails, nous pouvons dire que la reproduction sociale est toujours très forte, bien que particulière subtile [30]. Elle se manifeste notamment par une intense compétition pour les « bonnes places », avec des stratégies de ségrégation pas toujours consciente de la part des parents, aboutissant à aggraver les inégalités, car les classes aisées sont les mieux informées et possèdent les moyens culturels et

sociaux pour tirer le maximum du « marché scolaire ». Le système français provoque de la ségrégation (sociale, culturelle, géographique, ethnique) et de la reproduction sociale [31].

Ainsi non seulement les parents, mais également les élèves, ont intériorisé le rôle central du diplôme dans la vie future des individus, et l'intense compétition dont il est devenu le centre. De telle sorte que les élèves français sont particulièrement angoissés par l'école, probablement du fait du rôle surdéterminant du diplôme dans le système social français [32], contrairement à d'autres pays européens. Ils ont très peur de l'échec et du jugement, s'inscrivant dans une urgence permanente pour obtenir le meilleur diplôme [33].

Tableau 4 – Catégorie socioprofessionnelle en 2012 des jeunes en emploi Sortis de formation initiale depuis 1 à 4 ans (en%) [32]

France métropolitaine, données provisoires

	Supérieur long	Supérieur court	Bacca-lauréat	CAP-BEP	Brevet ou aucun diplôme
Indépendants	1	1	3	3	2
Cadres et professions intellectuelles	47	2	6	0	0
Professions intermédiaires	35	57	21	9	13
Employés qualifiés	10	21	24	17	18
Employés non qualifiés	5	8	18	24	28
Ouvriers qualifiés	1	6	15	26	14
Ouvriers non qualifiés	1	5	12	21	25
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Lecture : en 2012, 57 % des jeunes sortis de formation initiale de l'enseignement supérieur court depuis 1 à 4 ans et qui travaillent occupent des emplois de professions intermédiaires.
Champ : jeunes se déclarant en emploi en 2012 et ayant quitté la formation initiale depuis 1 à 4 ans.

Source : Insee, enquêtes Emploi ; calculs : MEN-MESR DEPP

1.2.2. Le revenu

Ce revenu semble particulièrement important comme déterminant de la santé.

Le lien entre revenu et santé est évident pour ce qui concerne la grande pauvreté. Ces populations sont celles qui ont les conditions de vie et de travail (ou de non-travail) les plus néfastes. Elles sont également les plus à distance du système de soins cumulant ainsi les désavantages [34]. Cela est particulièrement bien démontré pour les immigrés en situation irrégulière ou les sans-domicile-fixe [35].

Par exemple les personnes avec un revenu inférieur à 60% du revenu médian (environ 900euros) se considèrent en plus mauvaise santé que le reste de la population, consultent moins leur médecin généraliste, et sont moins bien couvertes par leur complémentaire santé [36].

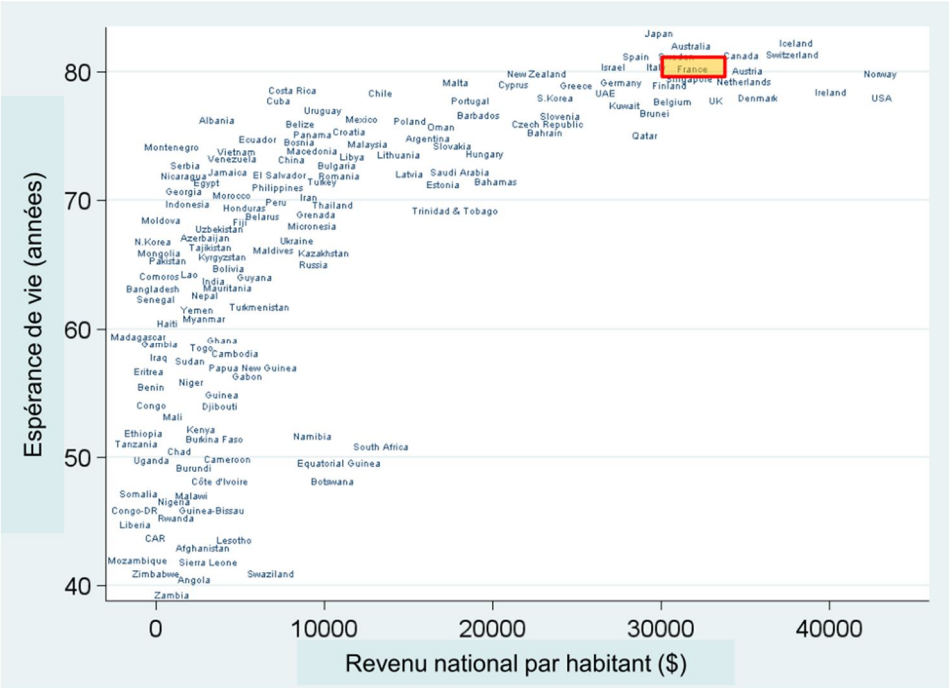
La précarité ne concerne pas uniquement la grande pauvreté, mais doit être comprise comme une accumulation, possiblement réversible et transitoire, de conditions de vie difficiles et instables, avec un risque important d'isolement social. Selon cette définition 20% de la population française pourraient être considérés comme précaires [34].

La santé des personnes en situation de précarité, et à fortiori de grande pauvreté peut être considérée comme la partie immergée de l'iceberg des inégalités de santé. Celles-ci sont particulière visibles, car frappantes, cependant elles ne s'arrêtent pas à cette frange de la population, elles s'insinuent de façon insidieuse dans tout le spectre social. Seule l'épidémiologie a pu en rendre compte.

Comme nous l'avons signalé, de nombreux travaux ont permis de souligner que l'augmentation du revenu et des conditions matérielles de vie, était responsable de la majeure partie du gain d'espérance de vie dans les sociétés développées [4].

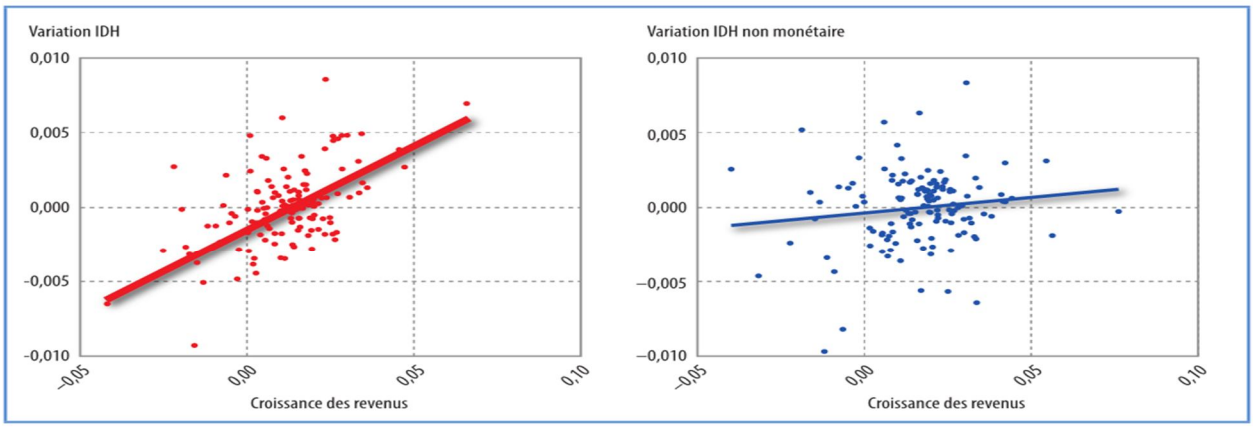
Cependant nous savons également qu'à partir d'un certain seuil de revenu par habitant, la croissance de celui-ci n'engendre plus d'amélioration de l'espérance de vie.

Figure 13 – Revenu par habitant et espérance de vie à la naissance, tous pays confondus, en surligné la France [37]



Nous pouvons constater dans la figure 13 ci-dessus, qu'à partir de 20 000 dollars environ, la courbe s'aplatie et les résultats pour les pays riches ne sont plus corrélés à l'augmentation du revenu par habitant. Ces données confirment celles publiées par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en 2010 concernant l'indice de développement humain (IDH). Ce dernier a trois composantes générales, le niveau de vie, le niveau d'éducation, et la santé. Une fois retirée le revenu par habitant de l'IDH (qui est utilisé pour mesurer le niveau de vie), les auteurs du rapport constatent que l'augmentation du revenu par habitant n'est pas corrélée à une amélioration de l'IDH, et cela même en incluant les pays pauvres (graphique en bleu ci-dessous).

Figure 14 - Rapports entre la croissance économique et l'IDH et ses composantes non monétaires, 1970-2010 [26]



Note : Sur la base de l'analyse de déviation par rapport à la ligne de régression (voir Encadré 2.1 du Chapitre 2 et la *Note technique 1*). Les revenus équivalent au PIB par habitant. Une ligne de régression plus épaisse indique un rapport statistiquement significatif.

Source : Calculs du BRDH à partir de sa base de données.

Une autre approche peut être faite à partir du « bonheur », très subjectif d'un pays à un autre notamment pour des raisons culturelles. Inglehart et al. ont compilé une mesure du bonheur (le « subjective well-being » (SWB), plus il est élevé plus grand est le bonheur ressenti), en fonction du revenu par habitant 5ans avant leur étude [38]. Cette courbe ressemble étrangement à celle de l'espérance de vie en fonction du revenu par habitant (ci-dessous figure 15), à l'exception notable de l'Amérique latine. On remarque de même un aplatissement mais plutôt autour de 15 000 dollars de revenu par habitant, suggérant qu'au-dessus il n'y a plus de lien entre l'augmentation du bonheur et celui du revenu. Cependant il est intéressant de noter que pour les pays à faible revenu par habitant, le lien semble significatif. C'est également la conclusion à laquelle aboutissent Wilkinson et Pickett, mais pour un revenu autour 25 000 dollars au-delà duquel ni bonheur ni espérance de vie ne sont liés à l'augmentation du revenu par habitant [37].

Figure 15 – Bonheur subjectif en fonction du revenu par habitant 5 ans avant l'étude [38]

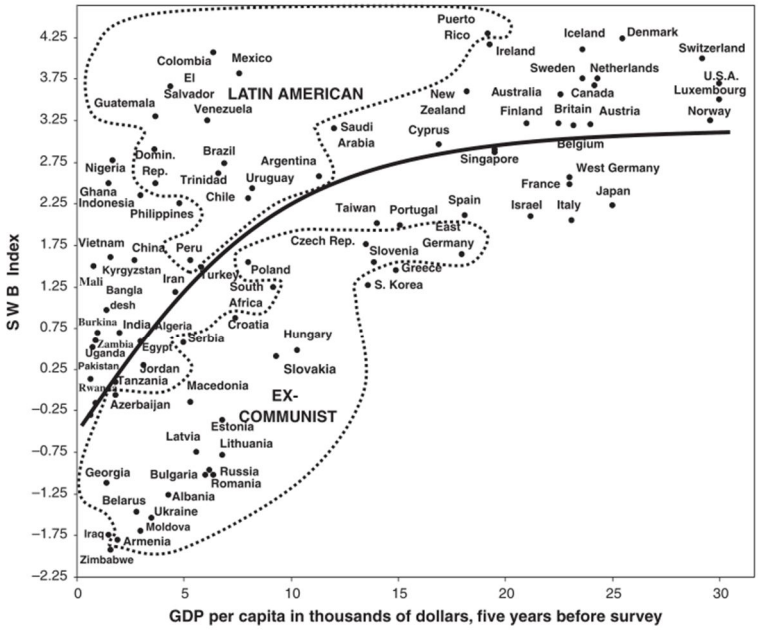


Fig. 2. Subjective well-being (SWB), per capita gross domestic product (GDP), and different types of societies. Well-being index is based on reported life satisfaction and happiness, using mean results from all available surveys conducted 1995–2007 (cubic curve plotted; r=.62). PPP=purchasing power parity estimates.

Ces deux auteurs utilisent le concept **d'inégalités de revenu** dans le champ de la santé pour les pays riches, puisque comme nous venons de le voir l'augmentation du revenu moyen par habitant est corrélé statistiquement à une amélioration de la santé (et du bonheur) jusqu'à un certain seuil. Ils font la démonstration statistique qu'au-delà, l'important n'est pas le revenu moyen mais l'inégalité de revenu entre les citoyens d'un même pays.

Ils montrent en particulier que l'espérance de vie, la mortalité infantile et la santé mentale par exemple, sont corrélées de façon très robuste à l'inégalité de revenu [37].

En utilisant un indicateur composite des problèmes sanitaires et sociaux très large (niveau scolaire, violence, confiance, espérance de vie, mortalité infantile, obésité…) ils montrent que plus l'inégalité de revenu augmente plus l'indice général se dégrade, et cela de façon statistiquement significative. Wilkinson et al. font apparaître de façon assez éclatante l'inégalité de revenu comme l'un des marqueurs majeurs du niveau sanitaire et social d'une population. Cette analyse renvoie au partage des richesses, et donc au mode d'organisation d'économie politique de chaque pays. Ce concept montre qu'à partir d'un certain niveau de richesse, ce n'est pas le revenu moyen qui est déterminant pour la santé mais le **revenu relatif**, c'est-à-dire le revenu comparé à celui des autres citoyens. Nous y reviendrons au chapitre 3.2.

Le revenu et le diplôme sont étroitement intriqués en France, justifiant en quelques sortes à postériori la compétition scolaire pour en obtenir le meilleur possible. Comme nous le voyons dans le tableau 4 ci-après, le revenu augmente de façon linéaire avec le diplôme pour les hommes comme pour les femmes, quel que soit l'âge [32]. Les deux déterminants, l'emploi et le revenu, sont donc inextricablement liés.

Tableau 5 - Salaires mensuels nets déclarés en 2012 en fonction de l'âge et du diplôme [32]

Salaires médians à temps plein, en euros

France métropolitaine, données provisoires

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans
Hommes				
Supérieur long	1 600	2 250	2 850	3 600
Supérieur court	1 350	1 800	2 250	2 650
Bachelier	1 200	1 600	1 900	2 300
CAP/BEP	1 300	1 500	1 650	1 850
Brevet ou aucun diplôme	1 050	1 450	1 550	1 650
Ensemble des diplômes (*)	**1 300**	**1 750**	**2 000**	**2 200**
Femmes				
Supérieur long	1 400	1 850	2 150	2 550
Supérieur court	1 300	1 650	1 900	2 200
Bachelier	1 100	1 400	1 500	1 800
CAP/BEP	1 200	1 300	1 400	1 500
Brevet ou aucun diplôme	1 000	1 300	1 300	1 400
Ensemble des diplômes (*)	**1 200**	**1 600**	**1 750**	**1 850**

Lecture : en 2012, le salaire médian des hommes bacheliers âgés de 15 à 24 ans en emploi à temps plein est de 1 200 € par mois.
Champ : jeunes se déclarant en emploi et à taux plein en 2012.
(*) L'ensemble des diplômes sont ceux du supérieur et du secondaire. Le salaire médian est arrondi aux 50 € les plus proches.

Source : Insee, enquêtes Emploi ; calculs : MEN-MESR DEPP

1.2.3. L'emploi

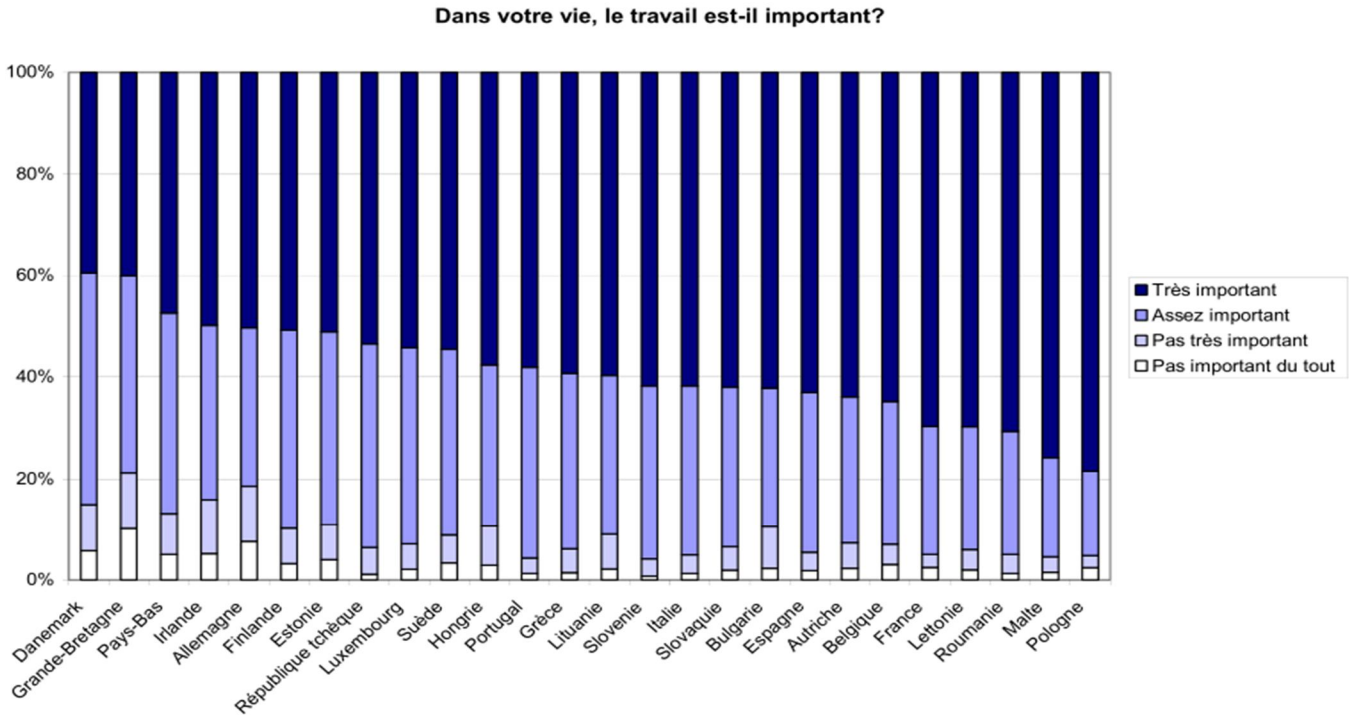
Il convient dans un premier temps de définir l'emploi. Nous avons choisi pour cela la définition qu'en donne Vincent de Gaulejac [39], qui dénote parfaitement son caractère multidimensionnel, en l'occurrence tridimensionnel :

1- Il représente une activité réclamant un *savoir-faire*
2- Il apporte des avantages en nature et financiers qui offrent des moyens de subsistance, la valeur du travail se mesure en termes *d'avoir*
3- Il confère une identité, car il est au fondement de l'existence sociale. Il participe à déterminer *l'être* social de chacun

Définir l'emploi dans ses trois dimensions fondamentales (savoir-faire, avoir et être), permet de mieux comprendre la place qu'il a prise dans les sociétés contemporaines. Il est un phénomène social total, selon l'expression de Marcel Mauss, *« c'est-à-dire qu'il met en branle dans certains cas la totalité de la société et de ses institutions »* [40].

En particulier en France, où le travail occupe une place primordiale, en effet 70% des français l'estime très important dans leur vie, et environ 90% assez important ou très important. Des scores plus marqués que dans d'autres pays européens, relativement stables dans le temps évoquant des causes culturelles et institutionnelles profondes [41].

Figure 16 – Place du travail dans la vie des européens [41]



Source : EVS 1999.

Ainsi nous pouvons comprendre qu'il soit le lieu de toutes les espérances comme de toutes les frustrations. Nous allons tenter d'aborder quatre questions clés en rapport avec cette définition du travail : les conditions du travail, l'accès au travail, l'absence de travail, et la fin du travail.

1- Plusieurs composantes des **conditions du travail** jouent un rôle dans l'état de santé.

Le type de **contrat** est déterminant, les personnes avec un contrat précaire comme les missions d'intérim, les contrats à durée déterminée, ou encore certains salariés des sous-traitants ont une santé dégradée par rapport aux personnes avec un contrat stable. Nous observons une prépondérance des pathologies cardiovasculaires et mentales [42].

La catégorie socio-professionnelle, donc le niveau de diplôme, conditionne fortement le type de pathologie rencontrée. Les risques d'expositions physico-chimiques néfastes à la santé se distribuent très nettement selon la CSP, avec bien entendu une exposition plus importante dans le bas de l'échelle sociale [42]. Les troubles musculo-squelettiques occupent une large place dans ces CSP.

Les mutations récentes du travail (débutées à partir de la fin des années 70) ont augmenté considérablement les contraintes psychiques, alors que la pénibilité physique a plutôt diminué. L'intensification psychique du travail est dorénavant une source majeure de souffrance, là encore ce risque est inégalement réparti, bien que la charge globale de l'intensification est valable pour toutes les CSP [39] [43]. Cette dimension peut être appréhendée selon deux modèles. Le plus utilisé est celui de *Karasek* basé sur la charge psychologique, la latitude décisionnelle, et le soutien social apporté par les collègues. Le second est celui de *Siegrist* basé sur l'hypothèse que le stress résulterait de la tension entre les efforts consentis et les récompenses attendues. Les deux modèles ont montré un effet prédictif sur les pathologies mentales et cardiovasculaires. Le risque pour les CSP les plus basses est mitigé, notamment parce qu'elles disposent d'une moindre latitude décisionnelle et d'une moindre reconnaissance, contrebalancées par une charge psychologique moindre que les cadres [42].

Selon Gaulejac la souffrance au travail peut être considérée comme un symptôme, conséquence d'un déficit de reconnaissance au niveau de ces trois dimensions. Le *savoir-faire*: une activité dévalorisante ou qui perd son sens (particulièrement dans les services publics), *l'avoir:* un revenu ne correspondant pas aux attentes et aux investissements, et *l'être:* un conflit entre les aspirations et les réalisations fragilisant l'estime de soi [39]. Comme nous l'avons vu deux types de pathologies présentent un lien indiscutable avec la souffrance au travail, et non des moindres, les pathologies cardiovasculaires et mentales. Il est clairement démontré, par exemple, que les restructurations permanentes étaient un facteur de risque sanitaire important,

l'instabilité entraînant une dégradation de la sensation de maîtrise de sa vie à tous les niveaux hiérarchiques, pour ceux qui seront licenciés comme pour ceux qui en réchappent («les rescapés») [44].

Le management sur objectifs chiffrés avec l'introduction de primes individualisées, est également un facteur de distension du lien entre collègues voire de compétition, augmentant le stress et le mal-être au travail. Les transformations récentes du monde du travail, en particulier dans les entreprises transnationales et présentes sur les marchés financiers, ont abouti à introduire des méthodes de management moins paternaliste mais demandant une implication psychique de tous les instants aux employés. Ceux-ci sont sommés de s'adapter en permanence, et de se conformer aux objectifs chiffrés imposés par une hiérarchie, souvent inconsciente des problèmes de terrain rencontrés par les travailleurs. Ainsi les objectifs sont jugés incohérents, et surtout inatteignables, engendrant isolement, stress, culpabilité, perte de sens et de maîtrise [39] [43] [44] [45].

L'ensemble de ces modifications de l'organisation du travail salarié, qui représente l'immense majorité des travailleurs (environ 90%) peuvent être assimilées à une demande de **flexibilité interne** [45].

Mais il existe aussi une **flexibilité externe** qui s'est intensifiée depuis le milieu des années 70, en particulier parce que le droit du travail français, jugé trop « rigide », a été dérèglementé de façon massive aboutissant à une précarisation croissante des contrats de travail : CDD, intérim, sous-traitance [42] [43] [45] [46].

Le CDI qui était la norme durant les trente glorieuses devient marginal dans les créations d'emplois depuis 30ans, dorénavant c'est le CDD qui devient la norme : 75% des nouvelles embauches en 2007 étaient des contrats à durée déterminée. Le stock global de CDI est stable, ce qui signifie que l'ensemble de la progression de l'emploi en France est le fait de contrats précaires [45], que cela soit dans l'emploi public ou privé [46].

L'intensification de la sous-traitance, pour des raisons structurelles macroéconomiques [47] [48], ouvre la voie à une forme d'externalisation juridique du travail, qui provoque une nouvelle dégradation des conditions de travail sur fond de dumping salarial et fiscal, notamment avec les autres pays européens [45].

2- Ensuite vient **l'accès au travail et donc la possibilité d'absence de travail**.

Depuis 30ans, toutes les analyses convergent, les conditions de travail se sont dégradées, chômage, précarisation des contrats, temps partiel subit, intensification, perte de sens, baisse des revenus [45]. Le contexte actuel est particulièrement tendu, avec un niveau de chômage encore jamais atteint même en 1995. Les chiffres officiels sont de 3.3032 millions demandeurs d'emploi de catégorie A. Mais lorsque que toutes les catégories (A+B+C+D+E) sont intégrées le chiffre est de 5.5673 millions de chômeurs [49]. Ces chiffres, pourtant alarmant, sont sous-estimés car les personnes radiées ou n'ayant pas eu d'activité depuis plus de 3ans ne font plus parties des statistiques officielles.

Le chômage de masse est apparu à la suite de la crise du milieu des années 70, consécutive aux deux chocs pétroliers, provoquant une baisse de la croissance et de la productivité. Ce « stock » de chômage n'a jamais pu être résorbé depuis, et il a été l'un des plus puissants facteurs de la flexibilisation du travail depuis cette date. Sa sourde présence agit à deux niveaux. A la fois comme « révélateur » de la prétendue rigidité du marché de l'emploi en France, ce qui permet ensuite de justifier le détricotage du droit du travail. Et à la fois comme « épée de Damoclès » au-dessus de la tête des travailleurs, ce qui les pousse à accepter une baisse drastique de la qualité de leurs emplois et de leurs droits, par peur de se retrouver dans la nasse que représente dorénavant le chômage de masse [43] [45] [46].

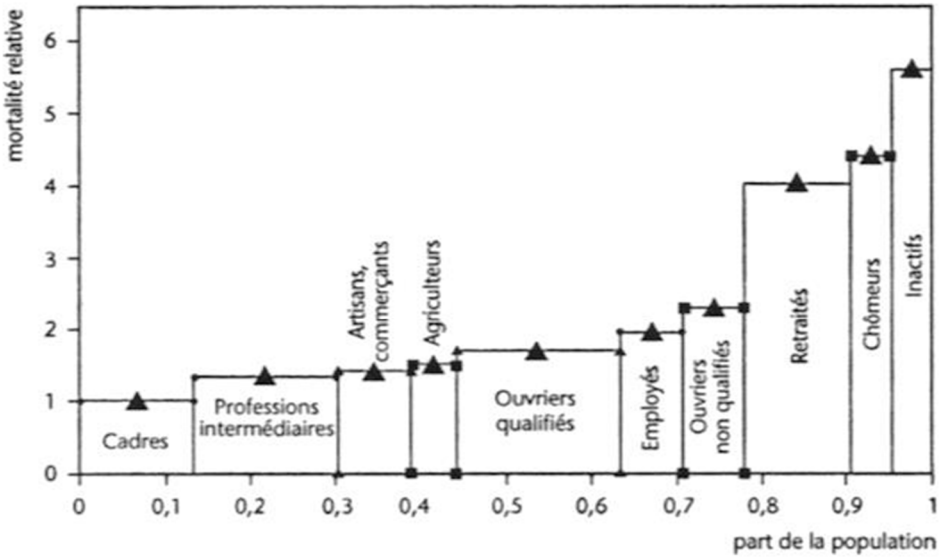
Nous retrouvons ici le « facteur diplôme », puisque celui-ci est nécessaire pour éviter le chômage et obtenir les emplois de meilleur qualité, mais non suffisant devant la massification de l'enseignement secondaire et supérieur de ces dernières décennies. Ainsi nous nous retrouvons devant le paradoxe suivant : alors que les jeunes sont de plus en plus diplômés, le marché du travail est de plus en plus étanche (18.7% de chômage pour les 18-24ans contre 11.9% dans l'OCDE en 2008 [45]), les emplois précaires se multiplient (1 jeune sur 3 est dans une forme d'emploi précaire en 2008), mal rémunérés, et ne correspondant pas à leur niveau de qualification. Cela provoque un fort sentiment de déclassement, exacerbant d'autant la pression scolaire, et celle du marché du travail [45] [50].

3- La santé des inactifs

Comme nous l'avons vu les inactifs (catégorie ne comprenant ni les chômeurs ni les retraités) ont l'espérance de vie à 35ans totale et sans incapacité la plus basse du spectre social. A 35ans les hommes inactifs présentent une espérance de vie totale de 16.2 ans inférieure à celle d'un cadre et une espérance de vie sans incapacité de 23.5ans inférieure (4.2ans et 9.9ans respectivement pour une femme du même âge). Cette différence se retrouve également pour la santé perçue : 90.3% de bonne santé pour les inactifs contre 98.1% pour les cadres [9].

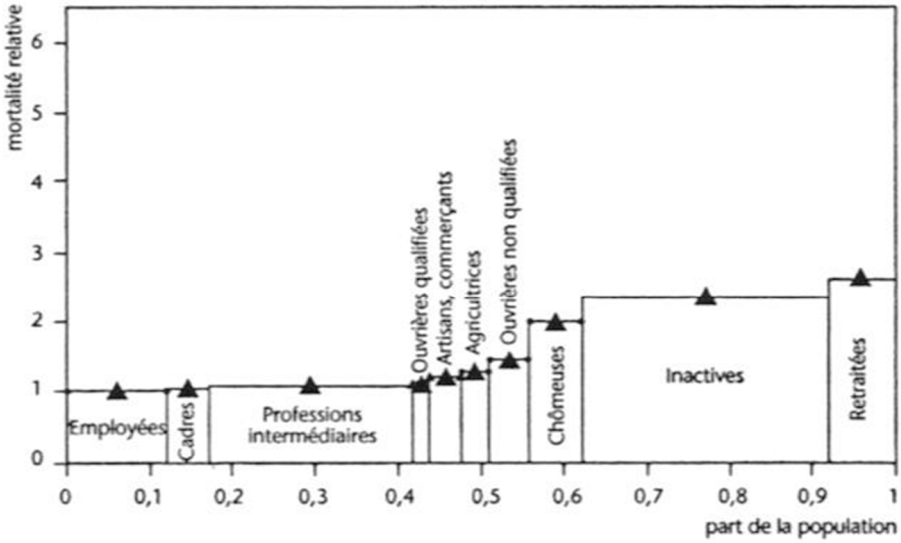
Les données concernant les chômeurs montrent que ces derniers ont une situation sanitaire dégradée, comme par exemple la mortalité relative.

Figure 17 – Mortalité des hommes en fonction de leur situation sociale, sur la période 1990-96 en fonction de la situation sociale en 1990, hommes âgés de 30 à 64ans en 1990 [42]



Source : Leclerc, 2006.

Figure 18 - Mortalité des femmes en fonction de leur situation sociale, sur la période 1990-96 en fonction de la situation sociale en 1990, femmes âgées de 30 à 64ans en 1990 [42]



Source : Leclerc, 2006.

Nous voyons que les chômeurs et les inactifs sont les CSP présentant le plus haut taux de mortalité relative. D'autres indicateurs de santé autre que la mortalité, vont dans le sens d'une détérioration importante de la santé des inactifs et des chômeurs par rapport au reste de la population [51] [52].

A partir de ce constat indéniable, il est difficile de déterminer si ces personnes possédaient un mauvais état de santé les ayant exclues du marché du travail (effet de sélection par la santé), ou bien si c'est l'exclusion du marché du travail qui a provoqué la détérioration de la santé.

Des travaux ont pu montrer qu'un mauvais état de santé chez un actif augmentait le risque de devenir chômeur ou inactif [53]. Cependant il est clairement démontré que ne pas travailler est un risque pour la santé, ce qui est compréhensible puisqu'être inactif ou chômeur à l'âge où d'autres travaillent, implique perte de revenu, isolement social, diminution de l'estime de soi, anxiété [3] [42] [54]. Par exemple la dégradation très nette de l'état de santé des travailleurs lors des fermetures d'entreprises ou des licenciements massifs, donc chez des personnes dont la perte d'emploi n'est pas due à leur santé, montrent indubitablement l'effet néfaste de l'inactivité [44].

Il semble bien que les deux explications soient complémentaires, mais il est admis que la morbi-mortalité des personnes en situation de chômage ou d'inactivité ne s'explique que très marginalement par des effets de sélection [2].

Inquiétant également, l'effet néfaste sur la santé de l'absence de travail semble se diffuser à tout un ensemble d'emplois précaires, malheureusement en augmentation constante comme nous l'avons vu précédemment [39] [42] [45].

4- La cessation d'activité : l'âge de départ à la retraite

Nous avons vu que l'insertion des jeunes sur le marché du travail est très compliquée, il en va de même pour les séniors (55-64ans). Jusqu'aux années 2000, ces derniers ont été écartés de l'emploi par des politiques de préretraites. A partir de cette date ces travailleurs âgés ont été de nouveau sollicités mais pour des formes d'emplois précarisés [55], leur taux de chômage était de 5.1% contre 4% dans l'OCDE en 2008 [45]. L'hypothèse qu'espérance de vie et état de santé de la population augmenteraient en parallèle est démentie par les données scientifiques. D'une manière générale l'état de santé s'est amélioré avant l'année 2000 et pour les générations les plus anciennes. Les résultats concernant les années récentes sont beaucoup plus mitigés [56].

La santé est un déterminant majeur du maintien dans l'emploi des séniors, pour lesquels nous retrouvons, bien entendu, le gradient social de santé [57].

Une étude française portant sur 14 000 personnes (cohorte GAZEL) a mis en évidence que pendant les années qui précèdent le départ en retraite, la proportion de personnes déclarant un mauvais état de santé ne cesse d'augmenter pour atteindre 20% des personnes interrogées. Cette tendance s'inverse brusquement au moment de la retraite pour ne représenter plus que 14% un an après leur cessation d'activité. En moyenne, les sujets retrouvent après le départ à la retraite l'état de santé qu'ils déclaraient 8 à 10 plus tôt. De façon surprenante toutes les CSP sont concernées, bien que le bénéfice le plus important revienne aux CSP les plus basses, notamment celles dont les emplois présentent les conditions les plus dégradées [58]. Ces améliorations concernent également la qualité du sommeil [59].

Ces données scientifiques incitent à la circonspection concernant l'augmentation permanente de l'âge de départ à la retraite, dont il semble évident qu'elle provoquera une dégradation de l'état de santé des séniors, et les « gains » financiers affichés se reporteront sur la branche maladie.

- Au total tous ces facteurs se cumulent pour aboutir à une dégradation très importante des conditions de travail, ce dernier se précarisant de plus en plus financièrement et juridiquement. D'un autre côté ces emplois de mauvaise qualité sont plus difficiles à obtenir du fait de l'extrême tension régnant sur le marché du travail, en particulier aux deux extrémités de la vie active. Le chômage de masse, aggravé par la récession actuelle, semble indiquer que cette situation ne devrait pas s'arranger à court terme, bien au contraire. L'état sanitaire des travailleurs risque de se dégrader encore plus.

1.2.4. Conditions de vie dans l'enfance et l'adolescence

Le contexte socio-économique durant l'enfance joue un rôle capital dans les inégalités de santé. Certains auteurs utilisent le terme de « capital santé » correspondant à l'ensemble des ressources de santé physique et psychosociale héritées ou acquises durant les premières années de vie. C'est une période cruciale pour la santé future des individus, beaucoup d'inégalités sociales se jouent à ce moment particulier que représente l'enfance puis l'adolescence. Les modes de vie, les comportements, les habitudes protectrices ou néfastes pour la santé s'enracinent dès cette époque [2] [24] [42] [60].

Cette période recoupe les chapitres précédents, par le rôle primordial de l'enseignement obligatoire jusqu'à 16ans, mais également par le rôle des revenus, de l'emploi et de la CSP des parents qui influenceront fortement le devenir social de l'enfant, donc son état sanitaire.

En cela les conditions de vie dans l'enfance et l'adolescence sont parfaites pour illustrer le rôle des « Trajectoires de vie » (« Pathways » chez les anglo-saxons), qui peuvent se présenter comme une accumulation de désavantages ou au contraire de protections survenant à des périodes clés de l'existence [61].

1.2.5. Conditions de vie et environnement

L'environnement physico-chimique est généralement plus dégradé pour les CSP les plus basses, illustrant une fois de plus l'accumulation dont sont victimes ces populations. En effet elles sont souvent plus exposées à des environnements dégradés, et seraient en sus plus sensibles à leurs effets [2] [62]. Nous allons évoquer brièvement trois composantes de ces conditions de vie : les inégalités territoriales, l'environnement physico-chimique et l'intégration sociale.

1- Les **inégalités territoriales** sont un facteur important des inégalités sociales de santé, les catégories les plus aisées ayant plus de moyens culturels et financiers pour choisir, non seulement leur lieu de résidence mais aussi, comme nous l'avons vu, les meilleurs emplois [50] [63]. Ces inégalités territoriales se manifestent également par la densité des services publics, ou encore la quantité et la qualité des emplois disponibles à proximité du domicile, qui sont très variables selon les régions, les départements et même les villes. Il apparaît que la fracture campagne/ville n'est pas vraiment pertinente, il existe des inégalités très profondes entre les villes françaises, selon leur degré d'intégration et de spécialisation au sein de la mondialisation. Les emplois les plus qualifiés sont désormais dans les centres des grandes mégalopoles [50] [63] [64].

2- La dégradation de notre **environnement physico-chimique** est de plus en plus documentée, bien que les preuves formelles soient, par essence, très difficiles à obtenir en matière de médecine environnementale, compte tenu de « ***l'effet cocktail*** ». Qui correspond à la variabilité de nos expositions et à la multiplicité des molécules chimiques auxquelles nous sommes exposées à des doses très faibles et pendant plusieurs années. Que cela soit par le biais de la pollution de l'air intérieur et/ou extérieur [65], de la pollution de notre alimentation [66], la plausibilité biologique est extrêmement forte. Par exemple, en ce qui concerne les pesticides un appel récent lancé par des médecins limousins, a eu un retentissement national [67], il faisait suite à une publication de l'INSERM en 2013 sur les effets néfastes des pesticides sur la santé, en particulier leurs rôles de perturbateurs endocrinien et de cancérogènes [68]. Là encore les risques sont inégalement répartis, les premiers exposés étant les agriculteurs et les populations vivant à proximité des exploitations, tandis que l'alimentation (vecteur de contamination principal pour la population générale) exempte de pesticides, n'est accessible qu'avec un budget conséquent, réservant cette possibilité aux plus hauts revenus.

Les ***perturbateurs endocriniens***, que l'on retrouve également dans une multitude de produits alimentaires ou d'entretiens comme certains plastiques, sont une bonne illustration des dysfonctionnements de la règlementation en matière de produits chimiques. En effet cette dernière est basée sur la toxicologie « classique » qui reprend à son compte la formule de Paracelse « c'est la dose qui fait le poison » [65] [66]. Or les perturbateurs endocriniens ont précisément la propriété d'agir à des doses très faibles, bien inférieures aux doses maximales autorisées, passant entre les mailles de la réglementation. Leurs effets sur la santé sont multiples : obésité, diabète, troubles reproductifs, cancers [69].

Les ***cancers,*** justement, sont en augmentation constante, notamment chez les enfants. Celle-ci ne peut être expliquée ni par le vieillissement de la population, ni par les progrès médicaux de diagnostic. Une part environnementale paraît plus que probable, même si cette responsabilité est complexe à mettre en évidence, les molécules étant multiples, diffuses. Cependant les modèles animaux ne permettent qu'imparfaitement de lever le doute, puisque les expositions humaines se font sur plusieurs années voire dizaines d'années, avec des variations quantitatives et qualitatives impossibles à reproduire expérimentalement. Malgré ces réserves les progrès dans la compréhension biochimique de ces phénomènes sur des molécules ou groupes de molécules sont convaincants, et un consensus scientifique a commencé à se dégager, notamment depuis l'appel de Paris publié en 2004 [65] [70] [71].

3- L'importance de **l'intégration sociale** mérite d'être mentionnée spécifiquement.

Nous entendons par cela, l'état et la densité des réseaux sociaux qu'un individu va entretenir tout au long de sa vie. Cela comporte les réseaux professionnels mais également amicaux ou familiaux.

Bien entendu les rétroactions et les intrications entre les différents réseaux sont indémêlables.

L'absence de réseau ou un réseau social de faible qualité diminue le soutien potentiel que peut obtenir une personne Or le soutien social fait partie intégrante du modèle de *Karasek* dans le cadre de l'emploi, pour déterminer le risque sanitaire du travailleur, il est tout aussi important pour la santé dans l'environnement personnel. L'isolement est un risque pour la santé [60] [72].

1.3. Des mécanismes généraux communs

Plusieurs modèles ont été proposés pour rendre compte de l'interaction des différents déterminants sociaux de santé.

Le premier insiste sur les **périodes critiques**, reposant sur le fait que certaines pathologies à l'âge adulte auraient un lien avec le développement fœtal puis l'environnement social durant l'enfance. Comme nous l'avons vu, l'arrivée sur le marché du travail, l'âge de départ à la retraite, les périodes d'inactivité ou de chômage, sont d'autres périodes pouvant influencer la santé.

Le deuxième modèle est celui de **l'accumulation** des risques, prenant en compte le fait que certaines populations sont victimes d'une concentration de désavantages (pouvant paraître mineurs pris séparément), qui nuit à la santé tandis que d'autres catégories de la population bénéficieront, au contraire, d'une succession d'avantages qui seront autant de facteurs protecteurs pour la santé.

Enfin le modèle plus récent est celui déjà évoqué des **chaînes de causalités** (ou trajectoire de vie, ou pathways) qui selon certains auteurs intègrerait les deux précédents. Ainsi un désavantage précoce dans la vie d'un individu pourra le placer sur une trajectoire néfaste augmentant le risque d'être confronté à d'autres facteurs structurels. Cette approche est plus dynamique, elle insiste sur l'enchaînement des phénomènes dus aux causes structurelles dépassant les individus, faisant intervenir des mécanismes biologiques, et des trajectoires sociales [42] [61].

Ces modèles, finalement complémentaires, nous permettent de mettre en lumière les mécanismes généraux, des invariants anthropologiques, qui sous-tendent ces déterminant sociaux de la santé. Ils sont nommés **facteurs psycho-sociaux** [1] [2] [42], et ce sont ces grands facteurs qui se retrouvent mis en jeu et que les déterminants sociaux de la santé permettent d'approcher, en en mesurant chacun une part différente. Leclerc et al. proposent de les nommer également ***facteurs de stress*** puisque, comme nous le verrons au chapitre 2, ils agissent sur l'organisme par le biais du stress biologique. Nous avons dégagé trois invariants anthropologiques.

1- Le premier d'entre eux que nous retrouvons en filigrane derrière chaque déterminant, est la **position au sein de la hiérarchie sociale** [73] [74].

De façon assez surprenante nous avons constaté que la santé était déterminée par la position ou le statut social de chacun. Cette constatation est valable dans toutes les sociétés et cela quelle que soit la façon de l'approcher [3]. Ce qui suggère des mécanismes très profonds correspondant à un invariant anthropologique. Comme nous le verrons dans le dernier chapitre il semble que le revenu relatif**,** c'est-à-dire le **niveau des inégalités de revenus** soit un indicateur particulièrement important dans les sociétés contemporaines pour juger de ce niveau de hiérarchie sociale.

2- Le second, s'incluant en partie dans le précédent, est la **sensation de maîtriser** sa vie personnelle ou professionnelle.

Ce concept fait consensus dans la communauté scientifique comme facteur de stress [39] [42] [43] [73]. Il a pu être mis en évidence chez l'animal un mécanisme similaire, ce qui donne à penser qu'il s'agit là encore d'une structure mentale très ancienne, héritage de l'évolution. Il renvoie à des considérations personnelles, économiques donc finalement politiques. Les institutions politiques de la société dans lesquelles évolue l'individu sont alors cruciales. Si celui-ci évolue dans une démocratie dans laquelle il peut s'exprimer, ou dans un régime totalitaire quelle que soit sa forme, sont des considérations qui modifieront à la hausse ou à la baisse le sentiment de maîtriser son destin. Que cette maîtrise soit illusoire ou non est une autre problématique, mais c'est bien la perception qu'en a chacun qui serait le déterminant principal. Nous comprenons également l'importance des conditions de travail, cette sensation étant étroitement dépendante du degré d'autonomie donc comme nous l'avons vu de la CSP. Le modèle de l'OMS prend en compte ces questions (voir 1.1.5).

Par exemple cette « maîtrise » pourrait expliquer jusqu'à un tiers du gradient social de mortalité [42] [75].

Ce sentiment de maîtrise pourrait naître très tôt pendant l'existence et notamment durant les premières années de vie selon l'encouragement reçu par l'enfant, d'où l'importance du statut socio-économique des parents. L'expérience des premières années de l'enfant est donc primordiale pour sa santé future [42] [76].

3- La qualité du **lien social**, qui dépend des deux précédents.

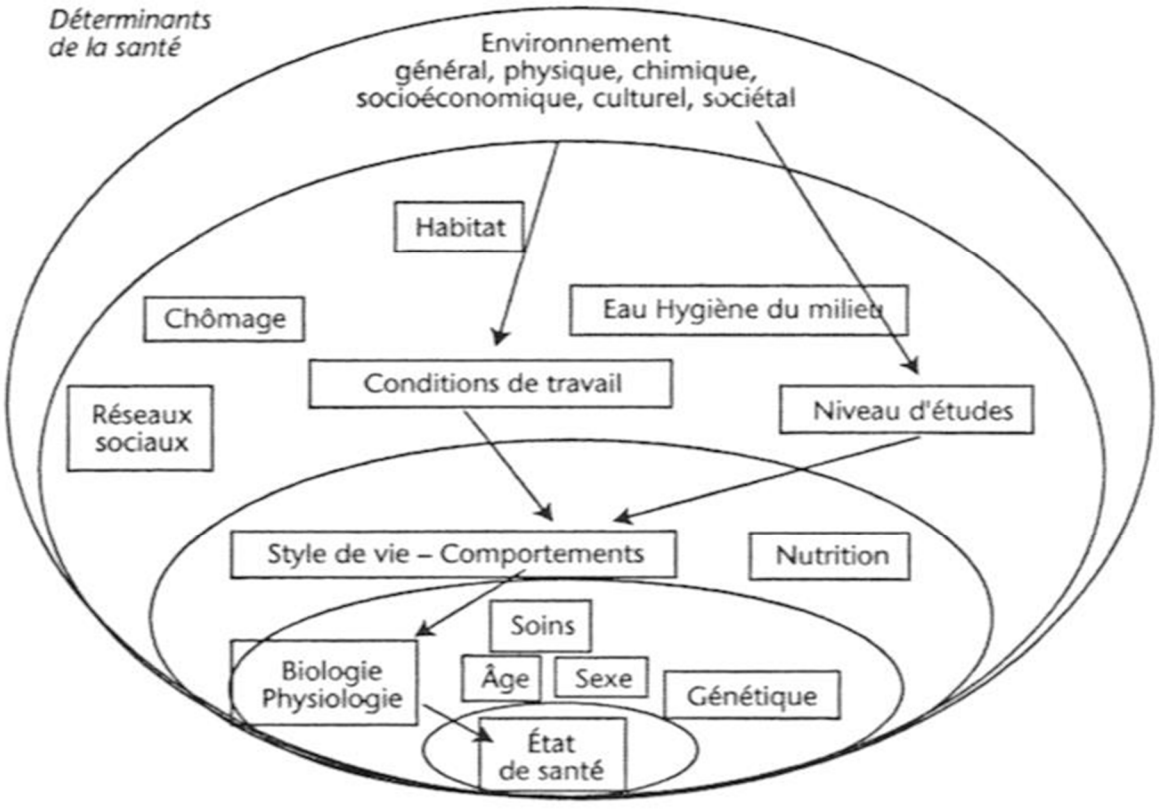
Il correspond à des situations variables, pouvant aller de l'exclusion sociale dans le cas extrême, à un individu parfaitement intégré avec de multiples réseaux sociaux. Les discriminations (ethniques, sexuelles, religieuses), le niveau de confiance (entre les individus, envers les institutions), le niveau de violence (pouvant être appréhendé comme le fait Wilkinson par le taux d'homicides et d'incarcération), l'intensité du soutien social auquel les individus peuvent prétendre (personnellement et socialement par le biais des services publics par exemple), tous ces paramètres permettent d'approcher la qualité du lien social qui est prépondérante pour l'état de santé d'une population [3] [37] [42] [73] [75].

Là encore nous pouvons noter l'importance du contexte socio-économico-politique. Par exemple le niveau des discriminations pouvant varier fortement d'une société à une autre et au cours du temps dans la même société.

- Cette intrication est bien rendue par le **schéma synthétique** suivant, extrait de Leclerc et al. [42].

Figure 19 – Enchaînement et emboîtement des déterminants de la santé [42].

Les flèches indiquées entre facteurs et états de santé pourraient être multipliées. Dans l'exemple ci-dessous, elles expriment que les conditions de travail, l'accès et le contenu des études dépendent du contexte sociétal. À leur tour, ces deux facteurs influencent les comportements, qui de façon ultime affecteront la santé par diverses voies biologiques.



2. Les effets biologiques

L'ensemble des processus décrits ci-dessus repose sur des bases biologiques. Pour observer un tel gradient social de santé, il faut qu'au bout de la chaîne des mécanismes biologiques agissent au niveau de l'organisme pour « provoquer » ces écarts. C'est lorsque les effets biologiques sont cliniquement détectables, que les individus entrent en contact avec les systèmes de soins. Les analyses ci-dessus ne doivent bien entendu pas laisser penser que les déterminants génétiques ne jouent aucun rôle, et que les différences seraient exclusivement à rechercher dans l'environnement. Les déterminants biologiques jouent également un rôle, et l'intrication avec les déterminants sociaux sont complexes, cependant ils ne peuvent expliquer des écarts aussi systématisés dans toutes les sociétés. Les déterminants biologiques, s'ils peuvent être importants pour l'individu, lorsque nous considérons la population générale sur une longue période sont en fait marginaux, en regard des facteurs structurels mis en évidence. Ceux-ci agissent sur l'organisme par le biais du **stress,** concept large mais qui est utilisé dans la littérature internationale.

2.1. Physiologie du stress

Biologiquement le stress correspond à un ensemble de mécanismes physiologiques mis en place par l'organisme pour faire face à une agression. Quatre grands types d'appareil sont ainsi sollicités, le système nerveux central, le système nerveux autonome (sympathique et parasympathique), le système immunitaire et le système endocrinien [43].

Un stress aigu, qu'il soit social ou « physique », va entraîner l'action de trois grandes catégories de médiateurs.

- Les **catécholamines** sécrétés par la glande médullosurrénale et le système nerveux sympathique, provoque l'inhibition du système parasympathique et la mise en alerte de l'organisme.
- Cette mise en alerte est ensuite relayée par la sécrétion de **cortisol** par la glande surrénale.
- Les **cytokines** qui agissent sur le système immunitaire, mais aussi sur les neurones et leur environnement glial modulant la sécrétion d'adrénaline et de cortisol par l'intermédiaire de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Les cytokines et le système sérotoninergique central et périphérique interagissent en permanence l'un sur l'autre.

Cette mise en alerte va provoquer des effets bien documentés sur l'organisme, que celui-ci soit humain ou animal. Le but est de préparer l'organisme à « combattre ou fuir ».

Il s'agit donc de mobiliser les réserves en énergie entraînant une augmentation de la glycémie, d'abord par l'intermédiaire des réserves en glucose, puis par la lipolyse. La sécrétion d'insuline est inhibée ainsi que ces effets, tout comme les fonctions sexuelles reléguées au second plan.

La tension artérielle s'élève ainsi que la fréquence cardiaque, on note également un détournement de la masse sanguine vers les muscles et le cerveau, au détriment des autres organes vitaux. Très important, ces médiateurs provoquent une activation de la coagulation sanguine, mécanisme bien utile en cas de saignement [43] [73].

Le système immunitaire est modifié avec un renforcement de l'immunité non spécifique au départ. Mais si le stress se prolonge plus d'une heure le système immunitaire se dégrade par une modification de la distribution tissulaire des lymphocytes T et B, une augmentation des polynucléaires neutrophiles circulant, inhibition de la prolifération des monocytes ainsi que de leur rôle de cellules présentatrices d'antigènes pour les lymphocytes, inhibition de l'activité des cellules tueuses naturelles. Le stress ne doit pas être compris comme systématiquement immunosuppresseur (maladies auto-immunes par exemple), mais plutôt comme une redistribution spatiale des compétences immunitaires de l'organisme [43] [77].

L'ensemble de ces mécanismes semble parfaitement adapté pour réagir à un danger. Fruits de l'évolution, nous les retrouvons chez les autres mammifères. Le problème débute lorsque « l'état d'alerte » se prolonge anormalement, ces mécanismes n'étant bénéfiques que lorsque le danger est présent. Une fois qu'il a disparu, l'organisme doit revenir à son état basal (l'homéostasie). Dans le cas d'un stress social de faible

intensité mais permanent ces mécanismes peuvent durer des mois voire des années, ce qui est particulièrement le cas pour les facteurs structurels décrits dans ce mémoire.

Un autre mécanisme est très important du point de vue biologique. Un stress chronique provoque une **inhibition du système de rétroaction** du stress lui-même, c'est-à-dire qu'un organisme stressé de façon permanente aura plus de mal à revenir à son état basal même lorsque le facteur stressant a disparu. Ainsi le stress se prolonge. Cette propriété est plus prononcée dans les CSP les plus basses. Par exemple la tension artérielle d'une cohorte britannique de fonctionnaires (la cohorte Whitehall) montrait que celle-ci augmentait pour toutes les CSP sur le lieu de travail. En revanche elle redescendait beaucoup moins une fois au domicile chez les employés que chez les cadres, illustrant l'inhibition de la boucle de rétroaction. Celle-ci a pu être démontrée chez les animaux au bas de la hiérarchie sociale. Chez les animaux également les dominants sont moins concernés par l'inhibition de cette boucle. Ceci évoque un mécanisme physiologique général des organismes soumis à un stress chronique [73] [74].

2.2. Les pathologies induites

Alors que les maladies infectieuses représentaient la première cause de mortalité au début du XXe siècle, celles-ci ont été progressivement remplacées par les maladies cardiovasculaires et les cancers. On nomme cette évolution la **transition épidémiologique**. Ce qui est très surprenant c'est que l'épidémiologie a pu démontrer que le gradient social de santé existait déjà au début du XXe siècle concernant la mortalité par maladies infectieuses. Les pathologies changent mais les inégalités sociales de santé demeurent [74].

2.2.1. Les pathologies cardiovasculaires

Sans surprise après l'exposé synthétique précédent de la biologie du stress, les maladies cardiovasculaires ont un lien indiscutable avec les facteurs psychosociaux, les données sont très nombreuses [42]. L'hypertension artérielle, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance rénale, l'AVC. Au-delà des facteurs de risque classiques, ces pathologies sont plus fréquentes dans le bas de l'échelle sociale [2] [42].

Il est important de noter que ces différences ne peuvent être expliquées par un supposé dénuement extrême. Par exemple dans la cohorte britannique mentionnée tous les participants avaient un emploi, un logement décent, etc. Pour un employé de bureau le risque relatif de mortalité cardiovasculaire était de 3.2 par rapport à un personnel de direction. Une fois ce résultat ajusté aux risques cardiovasculaire standards, le risque relatif était toujours de 2.3 entre ces deux catégories pouvant être attribué aux facteurs psychosociaux, soit plus des 2/3 du sur-risque des employés [75].

2.2.2. Les pathologies mentales

Le lien avec les facteurs structurels est là aussi indiscutable. Avec les pathologies cardiovasculaires, les pathologies mentales sont celles qui ont été le plus étudiées dans le cadre des facteurs psychosociaux [42].

Ainsi la dépression et l'anxiété se retrouvent plus fréquemment au bas de l'échelle sociale. Ces résultats sont reproductibles à l'échelle internationale. Sur le plan biologique l'inhibition de la boucle de rétroaction viendrait d'une dégradation de l'hippocampe en réponse au stress chronique. Or celle-ci occupe une place centrale dans la dépression. Les corticoïdes exerceraient une action spécifique au niveau de l'hippocampe et du lobe temporal, influant ainsi sur les fonctions cognitives [77].

Comme nous l'avons vu le chômage et l'inactivité provoquerait une perte de l'estime de soi, une sensation d'inutilité, un isolement social, autant de facteurs de risques de dépression [42]. Les conditions de travail pourraient aboutir, par d'autres voies, à des intériorisations similaires. Les réorganisations permanentes, la perte de sens, les injonctions paradoxales, un sentiment d'impuissance, l'instabilité permanente, sont des

facteurs d'anxiété chronique usant les défenses psychiques pouvant aboutir à une dépression, un burn-out, voire dans le pire des cas au suicide [39] [44] [73].

Les populations situées dans le bas de la hiérarchie sociale sont plus fréquemment sujettes à des troubles du comportement : addictions diverses, toxicomanie, violence [3] [37] [42].

Plusieurs études ont mis en évidence, sans doute possible, que la performance cognitive dépendait fortement de l'estime de soi et des préjugés en provenance du contexte environnemental, notamment lorsque les individus se sentent jugés de façon défavorable d'emblée [78] [79] [37].

2.2.3. Les cancers

Le lien entre inégalités sociales de santé et cancer n'est pas démontré [42]. Cependant plusieurs arguments peuvent être avancés pour une influence au minimum indirecte entre inégalités de santé et cancer.

- Les modifications du système immunitaire que nous avons décrites, notamment l'inhibition des cellules tueuses naturelles, pourraient provoquer une augmentation du risque de cancers [43] [77].
- Dans un contexte global où les cancers sont en augmentation constante, probablement en rapport avec une dégradation de l'environnement physico-chimique [70], les populations défavorisées sont plus souvent exposées à des nuisances environnementales de tous types [1] [2] [42],
- Enfin il est déjà démontré que certains types de cancer sont liés aux facteurs structurels. Le cancer du poumon apparaît lié à la classe sociale à l'âge adulte tandis que le cancer de l'estomac serait lié à celle de l'enfance [61].

2.2.4. L'obésité et les troubles endocriniens

L'obésité est particulièrement intéressante du point de vue historique. Considérée comme un signe de richesse et d'opulence au XIXe et au début du XXe siècle, dans un contexte de dénuement matériel important pour de larges franges de la population, l'obésité n'existait qu'en haut de l'échelle sociale. Dorénavant, sans en avoir l'exclusivité, l'obésité est plus fréquente dans les CSP basses : dans une étude française 6% des enfants d'ouvriers en CM2 étaient obèses 0.6% des enfants de cadres, soit 10 fois plus [1]. L'obésité est devenue une maladie de pauvres, et un véritable problème de santé publique [42]. En revanche le stress chronique, et les modifications environnementales présentées au chapitre 1.2.5 sont également à prendre en compte. Les perturbateurs endocriniens, auxquels toute la population est soumise, mais à des intensités différentes selon le statut social, sont également à considérer dans les inégalités de santé.

Les troubles reproductifs divers, les cancers hormonaux, et le diabète bien sûr, pourraient être liés en partie à la présence de ces molécules dans l'environnement à des doses pourtant inférieures aux seuils réglementaires combinées aux effets du stress chronique (insulino-résistance, hyperglycémie) [69].

3. Les interactions entre le biologique et le social : essai d'une approche socio-anthropologique

Le revenu, le diplôme, l'emploi, les réseaux sociaux, tous ces indicateurs reflètent à leur manière le statut social de chacun, son importance aux yeux de ses semblables. Comme le souligne Wilkinson et Marmot, les multiples travaux cités convergent pour affirmer *« qu'en tant qu'êtres sociaux, il ne nous suffit pas de jouir de bonnes conditions matérielles, mais nous éprouvons aussi le besoin d'être appréciés et estimés, et ce depuis notre petite enfance. Nous avons besoin de nous faire des amis, de vivre dans une société plus sociable, de nous sentir utiles et de pouvoir exercer une activité professionnelle intéressante nous conférant un certain degré d'autonomie. »* [3].

Comme l'avait déjà montré Pierre Bourdieu [24] nos goûts, nos comportements, nos choix sont relativement homogénéisés par classe sociale. Comme une sorte de confirmation, toutes les données présentées ici nous montrent que c'est également le cas pour notre santé, probablement par le biais des mêmes mécanismes socio-anthropologiques.

Autrement dit nous avons mis en évidence un certain **déterminisme**, c'est-à-dire que nous sommes beaucoup moins libres ce que nous pensons spontanément.

3.1. Un système structurel hiérarchique et compétitif

Les sociétés contemporaines sont des systèmes hiérarchisés (donc de domination) extrêmement complexes, dans lesquelles chaque individu cherche à imiter ses semblables mais également à s'en distinguer. C'est-à-dire que nous cherchons en permanence à nous intégrer au sein de notre communauté, tout en essayant d'y être estimé pour des raisons singulières propres à chacun. Ces modes complémentaires que sont la **distinction** et **l'imitation** sont à la base des communautés sociales. Nous pouvons les retrouver chez les mammifères qui vivent en groupes sociaux, notamment chez les singes. Dans l'histoire de l'humanité les hommes n'ont pas toujours vécu dans des systèmes comprenant une hiérarchie sociale (entendu au sens actuel) aussi développée. Il y a un consensus, bâtit sur l'observation de nombreuses sociétés de chasseur-cueilleurs. Avant le développement de l'agriculture les êtres humains vivaient dans des sociétés très égalitaires sur le plan matériel [73] [78] [81]. Il n'y avait pas de distinction entre « riches et pauvres », le concept de propriété matérielle n'existait pas telle que nous le concevons, d'où l'étonnement de Bougainville lors de son arrivée en Polynésie [82]. Dans ces communautés la distinction s'effectuait symboliquement notamment par la réciprocité, autour du concept de don/contre-don [40] [73]. Lorsqu'un individu cherchait à exercer une autorité quelconque des mécanismes d'exclusion (isolement, moqueries par exemple) permettaient au groupe de s'en prémunir. Pour préserver l'autonomie de chacun il fallait éviter la domination d'un membre sur les autres. Nous retrouvons ici l'un de nos invariants anthropologiques sur lesquels reposent les déterminants de santé, celui correspondant à la sensation de maîtriser sa vie. C'est d'ailleurs l'un des fondements philosophiques du républicanisme, dans lequel la liberté correspond à l'absence de domination d'un groupe particulier sur un autre [83].

Ce mémoire n'a pas vocation à analyser ces sociétés primitives, mais nous voulons signaler que deux modes de fonctionnement distincts sont décrits pour les communautés humaines : les systèmes privilégiant la coopération et l'égalitarisme (encore nommé hédonisme) et ceux qui sont hiérarchisés et combatifs (belliqueux). Nous retrouvons ces deux systèmes chez les primates, les bonobos vivant dans un système hédoniste, tandis que les babouins et les macaques évoluent dans un système belliqueux. Chacun de ces systèmes fait appel à un type de fonctionnement mental bien spécifique [73]. Ainsi les humains semblent être capables d'évoluer dans ces deux types d'environnement social, et nous comprenons bien que naître dans un système hédoniste ou belliqueux, aura des conséquences profondes sur le comportement social, donc agira profondément sur les déterminants de la santé.

Nous faisons l'hypothèse que « l'économisme » (compris comme la prédominance de la pensée économique orthodoxe ou néoclassique, et de sa vision individualiste de l'homme [84]) est actuellement le fondement philosophique dominant du champ politique, et cela depuis environ 40ans [85]. Il suppose en effet que le premier critère de jugement de l'agencement institutionnel, et des politiques publiques qui en

découlent, serait avant tout « l'efficacité économique » comprise comme l'augmentation permanente du PIB national pour chaque pays, et cela au mépris de toute autres considérations, environnementales ou humaines. Il en est ainsi de la santé.

Du fait des puissants facteurs structurels de la santé que nous avons décrits, il nous semble que les structures économiques et en particulier leurs agencements macro-économiques sont déterminantes pour l'état de santé d'une population. En nous plaçant dans le sillage de la théorie économique hétérodoxe dite « de la régulation » [86], nous reprenons à notre compte la dénomination de F.Lordon pour caractériser le système macro-économique actuel : il s'agirait d'un **capitalisme de déréglementation à dominante financière** [87]. Ses trois principales caractéristiques sont les suivantes :

1- Une ***domination sans partage des marchés de capitaux (ou « marchés financiers »)*** et de leurs intérêts (c'est-à-dire ceux des investisseurs), résultat d'une déréglementation débutée en France dans les années 80, aboutissant à une liberté complète de circulation des capitaux [87] [88].

2- Une ***contrainte actionnariale*** très forte, introduite au cœur des entreprises par l'imposition progressive de la théorie de la valeur actionnariale (rendue possible grâce à la liberté de circulation des capitaux), aboutissant à l'alignement quasi-complet de l'ensemble de l'entreprise avec les intérêts des investisseurs (méthodes de comptabilité, management, restructurations, sous-traitance massive,…) [39] [87] [89] [90].

3- Une ***contrainte concurrentielle*** très puissante, rendue possible par la liberté de circulation des capitaux et des marchandises, exacerbant la concurrence entre des territoires dont les normes juridiques, fiscales, sanitaires sont très différentes, en particulier en ce qui concerne les conditions de travail. Cette contrainte, conjuguée aux deux précédentes, pousse à la baisse l'ensemble de ces normes dans l'intérêt des investisseurs [39] [85] [90] [91] [92].

Tel que défini ci-dessus nous pensons pouvoir affirmer que le capitalisme de dérèglementation à dominante financière se situe dans une vision anthropologique résolument située dans le système hiérarchique et belliqueux. Nous pourrions dire que les grandes structures macro-économiques, placent les pays et les entreprises donc finalement les collectifs humains, dans une situation de compétition permanente, où l'objectif est de prendre des parts de marché sur les autres. Il s'agit donc fondamentalement d'une ambiance de « guerre économique » de tous contre tous [92]. Cela n'exclue pas des formes de coopération locales et fragmentées, mais le « macro-environnement », pour reprendre l'expression de Evans [74], agencé par ces structures économiques est intrinsèquement concurrentiel et agressif.

Ainsi le local pourrait prendre parfois des formes « hédonistes » (dans un contexte familial, amical, c'est-à-dire dans des périmètres limités), mais ce local est plongé dans un environnement global « belliqueux », notamment dans la vie professionnelle. Comme nous l'avons vu, ces structures nous prédisposent à un fonctionnement mental particulier, qui doit nous permettre de nous **adapter** à cet environnement hostile à la coopération.

Il serait erroné de croire que les trois grandes caractéristiques décrites ci-dessus ne concerneraient que les grandes entreprises et leurs employés. En réalité de nombreux travaux ont montré que les conséquences se distillent tout le long de la chaîne économique, et du fait de la prépondérance du champ économique, dans tout le champ social (par exemple par l'intermédiaire de la sous-traitance ou tout simplement par l'intensité du commerce que les grandes firmes entretiennent avec beaucoup d'entreprises parfois de très petites tailles) [39] [47] [48] [85] [93]. Même les entreprises publiques sont touchées, notamment par l'entremise du *« New public management »* venu des pays anglo-saxon, s'alignant sur les principes de la rentabilité financière des firmes privées [39]. C'est donc la société dans son ensemble qui est impliquée.

Nous faisons donc l'hypothèse que l'agencement actuel du capitalisme agit puissamment sur notre santé par le biais des trois mécanismes fondamentaux que nous avons mis en lumière au chapitre 1.3 :

- En exacerbant les tensions au sein de la hiérarchie sociale. En effet la compétition généralisée depuis l'enfance jusque sur le marché du travail, ou plus globalement entre les nations, la dégradation des conditions du travail, aboutissent à un sentiment très fort de déclassement pour ceux qui sont considérés ou se considèrent comme les « perdants » (Bourdieu dirait les « dominés »). Bien que ces derniers soient difficiles à cerner avec précision, disons simplement que l'individualisme consubstantiel à l'économisme [85], finit par attribuer les mérites ou les échecs au seul individu, maximisant l'estime de soi pour ceux qui atteignent leurs objectifs, au détriment de ceux qui n'y parviennent pas abaissant leur estime de soi, et exacerbant leur sentiment d'inutilité.
- En diminuant la sensation de maîtriser sa vie. La prédominance des marchés financiers par le culte de l'urgence qu'ils imposent, le court-termisme et l'aveuglement devant la dégradation environnementale qu'ils manifestent, entament le sentiment d'utilité que les citoyens avaient dans leurs institutions politiques, aboutissant à la désespérance d'une grande partie du corps social,

faisant naître un sentiment d'absurdité et d'impuissance. Cette impuissance se retrouve également dans le champ du travail, où les employés se retrouvent sans prise sur les processus décisionnels, et cela quel que soit la CSP, la peur du chômage et son niveau record participant à la montée de l'angoisse que l'on observe dans les pays riches, face à une fuite en avant semblant hors de contrôle [90] [94].

- Enfin par le délitement du lien social. Brièvement plusieurs causes peuvent être évoquées : la concurrence et la compétition comme symboles, la dislocation des collectifs de travail, la perturbation des liens sociaux traditionnels de proximités avec l'urbanisation, la prise en compte de la seule rentabilité financière dans des pans toujours plus large de l'existence. L'impuissance et surtout l'absence concomitante de projets collectifs isolent les individus les uns des autres [37] [92]. Certains travaux dans les pays riches montrent la montée de cet isolement, les individus ayant l'impression de vivre dans une société de plus en plus égoïste, et sourde à leurs revendications [95] [96].

3.2. Le Revenu relatif comme marqueur principal des sociétés contemporaines?

Après ces constats et hypothèses, nous allons nous intéresser aux inégalités de revenus dans les pays riches, c'est-à-dire au revenu relatif (le revenu perçu en comparaison des autres citoyens) et non au revenu moyen. Comme nous l'avons vu l'augmentation du revenu moyen par habitant est corrélé statistiquement à une amélioration de la santé (et du bonheur) jusqu'à un certain seuil. Au-delà de celui-ci nous n'observons plus de corrélation entre croissance du revenu par habitant et santé et/ou bonheur (voir en 1.2.2).

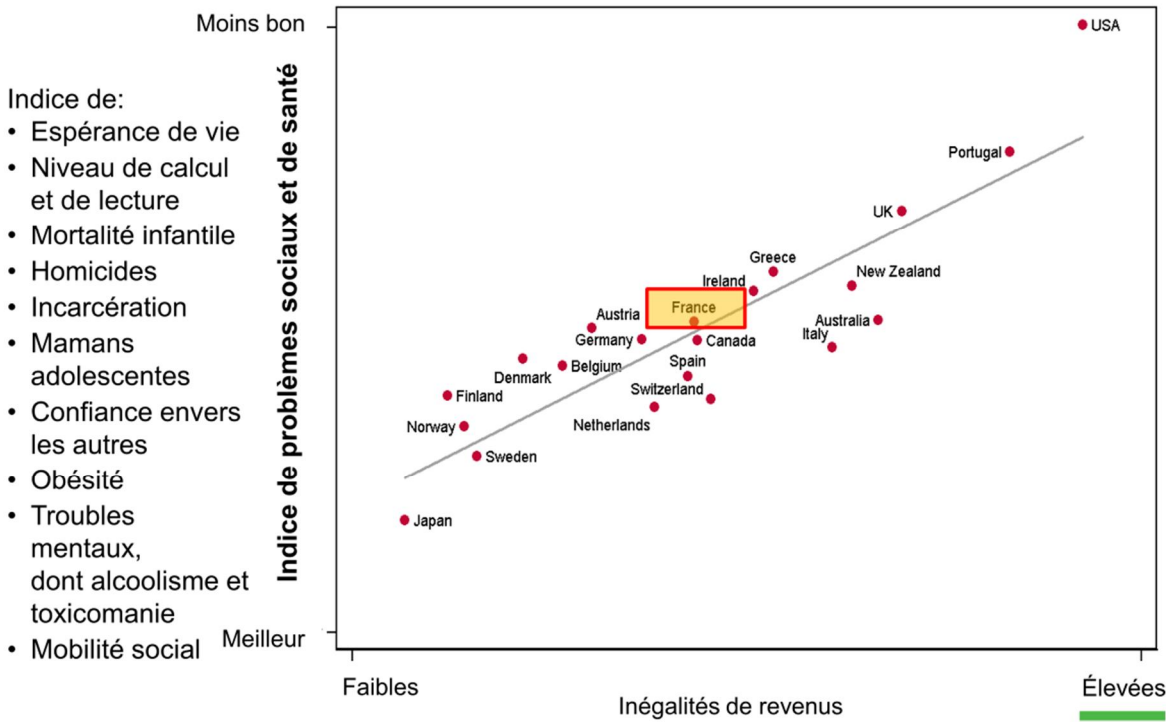
En effet il est intéressant de noter que dans les sociétés dont le niveau de vie par habitant est proche, les personnes situées en haut de la pyramide sociale ne présentent pas un état de santé identique d'un pays à un autre. C'est la grande avancée des travaux menés par l'équipe de l'épidémiologiste Richard Wilkinson [37]. Cette dernière a montré que toutes les CSP vivant dans les pays qui présentaient des inégalités de revenus élevées présentaient une santé moins bonne que celles vivant dans des pays où les inégalités de revenus sont plus faibles. Et cela pour de nombreux indicateurs sanitaires : obésité, espérance de vie, mortalité infantile). Autrement dit plus les inégalités de revenus entre les membres d'une société sont faibles plus la santé s'améliore à tous les échelons de l'échelle sociale, et pas uniquement pour les plus pauvres.

Par exemple les personnes situées dans le bas de l'échelle sociale en Suède, pays où les inégalités de revenu sont parmi les plus faibles avec le Japon, ont une espérance de vie totale et en bonne santé supérieures aux personnes situées dans le haut de la hiérarchie sociale aux USA ou au Royaume-Uni (deux pays où les inégalités de revenus sont particulièrement intenses) [37].

Mais ces auteurs vont plus loin, en utilisant un indicateur composite des problèmes sanitaires et sociaux très large (niveau scolaire, violence, taux d'incarcération, niveau de confiance, espérance de vie, mortalité infantile, obésité…) ils montrent que plus l'inégalité de revenu augmente plus cet indice général se dégrade, et cela de façon statistiquement significative. C'est-à-dire que non seulement la santé de tous les membres d'une société plus égalitaire s'améliore, mais c'est également le cas plus globalement de la qualité de vie de cette société. Le travail effectué ici sur les déterminants sociaux de la santé, nous incite à penser que c'est précisément parce que les conditions générales de vie s'améliorent que la santé est meilleure. Il semble dans une société plus égalitaire les déterminants sociaux de la santé soient meilleurs, la santé en devient le miroir.

Nous pouvons noter que la France se situe exactement sur la droite, c'est-à-dire que son « score » de problèmes sanitaires et sociaux la place exactement où le laissait supposer son niveau d'inégalité (voir ci-dessous).

Figure 20 – Indice global de problèmes sanitaires et sociaux en fonction de l'inégalité de revenu, France surlignée [37]



Ces chercheurs attribuent aux inégalités de revenus un rôle de marqueur prépondérant dans les sociétés contemporaines. Pour eux il manifesterait l'état de tension régnant au sein des sociétés développées, ou pour le dire autrement le revenu relatif perçu représenterait l'intensité de la domination des groupes les plus riches au sein d'une société. Plus cette intensité est forte, plus les revenus se distendent provoquant une lutte plus âpre pour la richesse, la résignation ou la violence s'emparant des populations situées au bas de l'échelle sociale, c'est-à-dire les plus dominées. Même si l'estime de soi des plus riches, par exemple, est très élevée, si leur domination est trop perceptible alors la tension sociale latente serait plus élevée. Ce qui se traduirait par un niveau de stress biologique chronique plus élevé dans ces sociétés. L'anxiété (donc le stress chronique) étant plus basse globalement au sein des sociétés plus égalitaires, la santé de tous les membres s'améliorerait et pas seulement celle des plus dominés.

Les corrélations statistiques des auteurs sont très fortes, et rendent difficilement contestables leur conclusion : une répartition de la richesse plus équitable est préférable pour tous les membres d'une communauté. Confirmant l'intuition des premiers socialistes, une répartition trop déséquilibrée et surtout trop perceptible, est nuisible à l'ensemble de la société. Jaurès par exemple pensait que les humains avaient une capacité innée pour la justice [97], les travaux de Wilkinson semblent lui donner raison. Agissant comme un reflet de la société, lorsque les revenus s'accumulent trop ostensiblement à une extrémité du spectre social, la confiance diminue, les tensions et la violence augmentent, les pathologies cardiovasculaires et mentales également, finalement c'est l'ensemble de la vie qui devient plus difficile, pour tous les membres d'une communauté.

3.3. Une approche par les théories monétaires hétérodoxes

La question qui vient immédiatement est la suivante : si ce lien est avéré, pourquoi une telle sensibilité aux inégalités de revenus ? Ou plutôt pourquoi les inégalités de revenus reflètent-elles à ce point l'état global d'une société ?

La théorie économique néoclassique dominante considère la monnaie comme libérée des passions humaines. D'une façon générale cette théorie est basée sur une vision de l'homme assez surprenante, nous y sommes représentés comme des machines, pour lesquelles les sentiments ou autres passions n'existent pas. Nous sommes « rationnels », c'est-à-dire des calculateurs « froids », vivant dans un monde d'échanges parfaitement pacifique [98].

Il est très curieux dans ce cas, que tous les mécanismes présentés ici révèlent un attachement profond au regard des autres, à l'estime qu'ils nous portent, ou encore au contexte socio-politique général. Toutes ces considérations sont inconnues dans le monde néoclassique, qui décidément ne ressemble pas vraiment à celui que nous connaissons [84].

Selon cette théorie la monnaie ne devrait être pour nous qu'un moyen d'échange, une réserve de valeurs, ou une unité de compte [99]. Ne reflétant que les mérites de chacun dans un monde sans ressentiment, pourquoi les inégalités de revenu prennent-ils une telle importance ?

Un début de réponse peut être esquissée grâce aux théories hétérodoxes de la monnaie, en particulier celle de Orléan et Aglietta [100]. Ces auteurs considèrent la monnaie comme un fait social total, comme nous l'avons vu cela signifie que la monnaie *« met en branle dans certains cas la totalité de la société et de ses institutions »* [40].

Pour ces auteurs la monnaie et le monde économique sont avant tout un monde de passions, où parfois peut s'exprimer un calcul « rationnel ». Le concept de passions évoque l'importance des affects, des sentiments, ou encore du poids de l'émotionnel dans les décisions prises par les « agents économiques », le calcul rationnel de maximisation de l'intérêt en est simplement l'une des modalités. Toutes ces considérations n'ont aucune place dans la théorie néoclassique.

La monnaie, dont la genèse est profondément violente (symboliquement) et conflictuelle, donne le pouvoir d'acquérir n'importe quel bien ou service [101]. C'est grâce à la confiance qu'elle inspire (confiance tirée de la légitimité des institutions qui l'émettent), que la monnaie a une importance si particulière dans nos économies marchandes. Ainsi la monnaie peut être vue comme un concentré de puissance, donc de pouvoir et de violence symbolique, tout à fait unique [95].

Dans une économie basée sur la liberté de circulation des capitaux et la concurrence, il semble parfaitement cohérent de chercher à accumuler le maximum de puissance, donc de monnaie.

Ainsi que le but soit de « maîtriser » sa vie, de grimper dans la hiérarchie sociale, ou de consolider ces réseaux sociaux, (autrement dit d'imiter et de se distinguer), il semble effectivement qu'une des façons d'y parvenir soit d'avoir le plus d'argent possible. Cela éclaire d'un œil nouveau la course à l'accumulation de monnaie, qui ne serait pas une cupidité maladive de l'être humain, ou un quelconque péché, mais bien une adaptation rationnelle d'humains vivant dans un environnement global de guerre économique. La quantité d'argent que perçoit un individu chaque année, son revenu, peut donc être vu comme l'indicateur global de sa « puissance », c'est-à-dire son niveau de domination et de distinction. Lorsque les inégalités de revenu deviennent de plus en plus importantes, les niveaux de puissance se déséquilibrent au détriment des moins dotés. Dans une considération de fait social total, cela correspondrait à une mise en tension de toutes les institutions, donc du corps social dans son ensemble.

Dans un environnement hiérarchique marchand, la monnaie étant vectrice de puissance, sa répartition reflèterait ainsi l'équilibre global des institutions politiques et macro-économiques d'une communauté. Cela pourrait expliquer la corrélation observée par Wilkinson et al.

Conclusion

Au cours de ce travail nous avons décrit les principaux déterminants sociaux de la santé tels qu'ils font consensus dans la communauté scientifique internationale.
Nous avons ensuite cherché à extraire de ces considérations des mécanismes socio-anthropologiques généraux communs à ces déterminants, des invariants anthropologiques, ainsi que leur action biologique sur les organismes vivants.
Nous avons montré que ces effets biologiques étaient le résultat d'interactions sociales complexes aboutissant à des inégalités sociales de santé importantes, et réversibles. Une approche pluridisciplinaire, associant théorie économique hétérodoxe, sociologie et anthropologie a été tentée afin d'essayer de comprendre les ressorts intimes reliant l'organisation sociale, l'économie et la politique à la santé des populations.

Que peut faire un Médecin généraliste conscient de ces enjeux ?

Nous savons que l'attitude des médecins est différente selon le statut social du patient. En présence d'un patient au statut social défavorisé, les médecins généralistes seraient plus directifs, moins enclins à l'empathie, donneraient moins d'information, De plus les médecins chercheraient moins à un construire une vraie relation, de ce fait les patients seraient nettement moins incités à s'exprimer, et les médecins auraient une attitude plus paternaliste. En revanche les patients appartenant aux CSP les plus aisées seraient favorisées en ayant la possibilité de s'exprimer davantage, ce qui inciterait le médecin à fournir plus d'informations [102] [103].

En sus, la durée de consultation serait moindre qu'avec des catégories aisées alors que globalement leur état de santé est meilleur. Autrement dit de manière paradoxale, la durée des consultations en médecine générale est inversement proportionnelle au statut socio-économique du patient. Les anglo-saxons nomment cela la « loi de santé inversée » (« inverse care law ») [104] [105].
Ceux qui ont le plus besoin de temps et d'attention sont justement ceux qui en bénéficient le moins.
Les médecins se situant eux-mêmes dans le haut de la pyramide sociale, il n'est pas très surprenant de constater qu'ils comprennent d'autant mieux les codes et les conduites des CSP supérieures qu'ils les partagent. Ainsi il parait « naturel » et facile aux médecins de construire une relation médecin-malade avec des patients qui auront intériorisé les mêmes modes de fonctionnement mentaux qu'eux. Ceux-ci étant, comme nous l'avons vu, relativement homogénéisés par CSP.
Falcoff H. propose une série de mesures pour pallier à ces considérations, notamment moduler le temps de consultation en fonction de la CSP dans le sens d'un allongement pour les CSP défavorisées, fournir des documents d'information ou instaurer des rappels informatiques pour améliorer la qualité des consultations [106].

Nous savons que les inégalités s'accroissent actuellement en France, ce qui laisse supposer que les causes structurelles non seulement ne s'améliorent pas mais se détériorent [1]. Ces inégalités se formant en amont du système de soins, les marges de manœuvre du médecin généraliste en consultation restent malheureusement limitées.
En revanche à la lumière des éléments discutés, nous pouvons être inquiets pour l'état sanitaire des populations européennes et utiles à ce titre en nous associant à la pertinente interrogation de Robine et Cambois: *"En tant que professionnel de la santé des populations, il nous paraît donc légitime de se demander,…, si l'augmentation générale de la durée de vie professionnelle est réellement possible pour tous, et si celle-ci n'aura pas des conséquences négatives sur la santé des travailleurs âgés comme sur l'ensemble de leur classe d'âge." [56]*.
En élargissant cette interrogation à la perpétuelle dégradation des conditions du travail, dans une conjoncture de concurrence économique particulièrement tendue en Union Européenne, associée à la réduction drastique des budgets publics, il nous paraît licite de nous interroger profondément sur les conséquences sanitaires des politiques publiques, non seulement à court terme mais également à long terme.
Il est fortement à craindre que les inégalités sociales de santé n'augmentent, et que nous assistions à une dégradation globale de la santé en France, en particulier en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé. Comme nous l'avons vu, si les plus démunis seront les premiers et les plus touchés, sur le long terme c'est bien l'ensemble des catégories sociales qui seront concernées.

Références bibliographiques

[1] MOLEUX M., SCHAETZEL F., SCOTTON C. *Les inégalités sociales de santé: déterminants et modèles d'action*. [s.l.] : Inspection gélérale des affaires sociales, 2011.

[2] HSCP. *Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité*. [s.l.] : Haut conseil de la santé publique, 2009.

[3] WILKINSON R. G., MARMOT M., ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE. *Les déterminants sociaux de la santé les faits*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, 2004. ISBN : 9289023708 9789289023702.

[4] LAMBRAIL P. « Soins et prévention : un levier majeur pour réduire les inégalités ». *Santé Homme*. octobre 2008. n°397, p. 38.

[5] EUROSTATS. « Statistiques sur les soins de santé - Statistics Explained ». [s.l.] : [s.n.], 2012. Disponible sur : < http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_statistics/fr#Informations_suppl.C3.A9mentaires_Eurostat > (consulté le 20 février 2014)

[6] FENINA A., GEFFROY Y., MINC C., RENAUD T., SARLON E., SERMET C. « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France ». *Quest. Déconomie Santé*. juillet 2006. n°111,.

[7] POTVIN L., MOQUET, MARIE-JOSÉ, JONES C. M. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis [Seine-Saint-Denis] : Inpes, 2010. ISBN : 9782916192239 2916192239.

[8] SAUNERON S., GIMBERT V., OULLIER O. « Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation ». *Note Veille Cons. Anal. Strat.* mars 2010. n°166,.

[9] DREES. *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*. [s.l.] : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2011. (Etudes et statistiques).

[10] CAMBOIS E., LABORDE C., ROBINE J.-M. « La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte ». *Popul. Sociétés*. janvier 2008. n°441,.

[11] DANET S. « Inégalités sociales de santé : comment les appréhende-t-on? » *Rev. Haut Cons. Santé Publique - Actual. Doss. En Santé Publique*. décembre 2010. n°73, p. 8-14.

[12] « La durée de votre indemnisation | pole-emploi.fr, fusion des sites anpe.fr et assedic.fr ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.pole-emploi.fr/candidat/la-duree-de-votre-indemnisation-@/suarticle.jspz?id=4118 > (consulté le 22 février 2014)

[13] INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ (FRANCE) R., THIERRY, GUILLAUME S., DOURGNON P. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2010*. Paris : IRDES, 2012. ISBN : 9782878123838 2878123832.

[14] INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ALLONIER C. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*. Paris : IRDES, 2010. ISBN : 9782878123609 2878123603.

[15] DESPRÉS C., DOURGNONA P., FANTIN R., JUSOT F. « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique ». In : *Renoncement aux soins - Actes du colloque*. Paris : [s.n.], 2011.

[16] DESPRÉS C., DOURGNON P., FANTIN R., JUSOT F. « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique ». In : *Renoncement aux soins - Actes du colloque*. Paris : [s.n.], 2011. p. 68-79.

[17] CAMBOIS E., JUSOT F. « Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives ». *Bull. Epidémiologique Hebd.* janvier 2007. n°2-3, p. 10-14.

[18] EUROSTAT. *Statistiques de la santé: chiffres clés sur la santé 2002 : données 1970-2001*. Luxembourg : Off. for Off. Pub. of E.C., 2003. ISBN : 9289437316 9789289437318.

[19] *Panorama De La Sant'2013 Les Indicateurs De L'ocde*. [s.l.] : Organization for Economic, 2013. ISBN : 9789264204232 9264204237.

[20] CORSINI V. « Highly educated men and women likely to live longer Life expectancy by educational attainment ». *Eurostat*. 2013. n°24,.

[21] MENVIELLE G., STIRBU I., ROSKAM A.-J., SCHAAP M. M., LEINSALU M., KUNST A. E., MACKENBACH J. P. « [Socioeconomic inequalities in mortality in Europe] ». *Médecine Sci. MS.* février 2009. Vol. 25, n°2, p. 192-196.

[22] SCHOEN C., OSBORN R., SQUIRES D., DOTY M. M., PIERSON R., APPLEBAUM S. « How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries ». *Health Aff. Proj. Hope* décembre 2010. Vol. 29, n°12, p. 2323-2334.

[23] LAFORTUNE G., DEVAUX M. « Accès financier aux soins de santé :enseignements et limitations des comparaisons internationales ». In : *Renoncement aux soins - Actes du colloque*. Paris : [s.n.], 2011.

[24] BOURDIEU P. *La distinction: critique sociale du jugement*. Paris : Éditions de Minuit, 1979. 670 p.(Le Sens commun). ISBN : 2707302759.

[25] PRISSE N. « L'évaluation d'impact sur la santé : un moyen de réduire les inégalités sociales de santé ». *Rev. Haut Cons. Santé Publique - Actual. Doss. En Santé Publique*. décembre 2010. n°73, p. 31‑34.

[26] *Rapport Mondial Sur Le Developpement Humain 2010 / Human Development Report 2010 20e Ed Anniversaire / 20th Anniversary Edition.* [s.l.] : Renouf Pub Co Ltd, 2010. ISBN : 9789212260341 9212260349.

[27] JEANNEAU L. « Qu'est ce qui ne va pas dans l'école française? » *Altern. Économiques*. janvier 2014. n°331.

[28] BOURDIEU P., PASSERON J.-C. *Les héritiers les étudiants et la culture*. Paris : Les éd. de Minuit, 1964. ISBN : 2707300810 9782707300812.

[29] BOURDIEU P. *La Noblesse d'Etat: grandes écoles et esprit de corps*. Paris : Les Editions de minuit, 1989. ISBN : 2707312789 9782707312785.

[30] CONVERT B. « Des hiérarchies maintenues: espace des disciplines, morphologie de l'offre scolaire et choix d'orientation en France, 1987-2001 ». *Actes Rech. En Sci. Soc.* 2003. Vol. 149, n°4, p. 61.

[31] BEN AYED C., POUPEAU F. « École ségrégative, école reproductive ». *Actes Rech. En Sci. Soc.* 2009. Vol. 180, n°5, p. 4.

[32] « Le diplôme, la situation sociale et le salaire ». *Létat Lécole*. 2013. n°23,.

[33] MARTINACHE I. « A l'école des inégalités ». *Altern. Économiques*. janvier 2013. n°320,.

[34] CHAUVIN P., ESTECAHANDY P. « Inégalités sociales de santé et précarité ». *Rev. Haut Cons. Santé Publique - Actual. Doss. En Santé Publique*. décembre 2010. n°73, p. 17‑18.

[35] PERETTI-WATEL P. « Lien social et santé en situation de précarité ». *Econ. Stat. - INSEE*. 2006. n°391-392, p. 115‑130.

[36] SAINT POL (DE) T. « La santé des plus pauvres ». *INSEE Prem.* octobre 2007. n°1167,.

[37] WILKINSON R. G., PICKETT K. E., CANFIN P., VERKAEREN A. *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*. Paris; Namur (Belgique) : Institut Veblen : les Petits matins ; Etopia, 2013. ISBN : 9782363831019 2363831012.

[38] INGLEHART R., FOA R., PETERSON C., WELZEL C. « Development, Freedom, and Rising Happiness: A Global Perspective (1981–2007) ». *Perspect. Psychol. Sci.* 1 juillet 2008. Vol. 3, n°4, p. 264‑285.

[39] GAULEJAC V. DE. *Travail, les raisons de la colère*. Paris : Seuil, 2011. ISBN : 9782021038958 2021038955.

[40] MAUSS M. *Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : Presses universitaires de France, 2007. ISBN : 9782130554998 2130554997.

[41] CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI (FRANCE) D., LUCIE, MÉDA D. *Place et sens du travail en Europe: une singularité française ?* Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi, 2008. ISBN : 9782110976642 2110976640.

[42] LECLERC A., INSERM. *Inégaux face à la santé: du constat à l'action*. Paris : La Découverte, 2008. 297 p.ISBN : 9782707147226.

[43] THURIN J.-M., BAUMANN N. *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Médecine-sciences Flammarion, 2003. ISBN : 2257108353 9782257108357.

[44] K IESELBACH T. (COORDINATEUR). *La santé dans les restructurations : approches innovantes et recommandations de principe*. [s.l.] : HIRES, 2009.

[45] INSTITUT DE RECHERCHES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES (FRANCE). *La France du travail: données, analyses, débats*. Paris : Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, 2009. 238 p.ISBN : 9782708240636.

[46] ASKENAZY P. *Les décennies aveugles: emploi et croissance, 1970-2010*. Paris : Editions du Seuil, 2011. 307 p.ISBN : 9782020969758.

[47] WEINSTEIN O. *Pouvoir, finance et connaissance: les transformations de l'entreprise capitaliste entre XXe et XXIe siècle*. Paris : La Découverte, 2010. 199 p.(Textes à l'appui. Economie). ISBN : 9782707156303.

[48] LANGLOIS C., CORIAT B. *Montée des investisseurs institutionnels non-résidents, mutations du corporate governance et stratégies d'entreprise - Evaluation et Analyse à partir d'un panel de firmes françaises et allemandes (1999-2007) - Document de travail - Centre d'économie de l'université Paris Nord - CNRS UMR 7115*. 2009.

[49] JEANNEAU L., BERTRAND M. « La courbe du chômage poursuit son envol ». In : *Httpalternatives-Econ.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://alternatives-economiques.fr/index.php?lg=fr&controller=article&action=html&id_article=67003&id_parution=633#commentaire > (consulté le 24 février 2014)

[50] COMBEMALE P. *Les grandes questions économiques et sociales*. Paris : La Découverte, 2009. ISBN : 9782707156365 2707156361.

[51] SERMET C., KHLAT M. « La santé des chômeurs en France : revue de la littérature ». *Rev. Dépidémiologie Santé Publique*. Vol. 52, p. 465‑474.

[52] MESRINE A. « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? » *Econ. Stat.* 2000. Vol. 334, n°1, p. 33‑48.

[53] JUSOT F., KHLAT M., ROCHEREAU T., SERMET C. « Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif ». *Quest. D'économie Santé*. n°125,.

[54] CAMBOIS E., LABORDE C. « Mobilité socioprofessionnelle et mortalité en France - Des liens qui se confirment pour les hommes et qui s'affirment pour les femmes ». *INED - Puplation*. 2011. p. 373‑400.

[55] JOLIVET A. « Augmenter l'emploi des séniors : comment et avec quelles conséquences? » *Chron. Int. IRES*. n°109, p. 2007.

[56] ROBINE J.-M., CAMBOIS E. « Avant-propos ». *Retraite Société*. 2010. n°59, p. 6‑9.

[57] CAMBOIS E., BARNEY T., ROBINE J.-M. « Espérance de vie, espérance de vie en santé et âge de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France ». *Retraite Société*. n°59, p. 194‑205.

[58] WESTERLUND H., KIVIMÄKI M., SINGH-MANOUX A., MELCHIOR M., FERRIE J. E., PENTTI J., JOKELA M., LEINEWEBER C., GOLDBERG M., ZINS M., VAHTERA J. « Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study ». *Lancet*. 5 décembre 2009. Vol. 374, n°9705, p. 1889‑1896.

[59] VAHTERA J., WESTERLUND H., HALL M., SJÖSTEN N., KIVIMÄKI M., SALO P., FERRIE J. E., JOKELA M., PENTTI J., SINGH-MANOUX A., GOLDBERG M., ZINS M. « Effect of retirement on sleep disturbances: the GAZEL prospective cohort study ». *Sleep*. novembre 2009. Vol. 32, n°11, p. 1459‑1466.

[60] MARMOT M. G., WILKINSON R. G., ÉD. *Social determinants of health*. 2nd ed.Oxford ; New York : Oxford University Press, 2006. 366 p.ISBN : 9780198565895.

[61] LANG T. « Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie ». *Rev. Haut Cons. Santé Publique - Actual. Doss. En Santé Publique*. 2010. n°73, p. 21‑24.

[62] DEGUEN S., ZMIROU-NAVIER D. « Expsoitions environnementales et inégalités sociales de santé ». *Rev. Haut Cons. Santé Publique - Actual. Doss. En Santé Publique*. décembre 2010. n°73, p. 27‑28.

[63] GUILLUY C. *Fractures françaises*. Paris : Bourin, 2010. 194 p.(Politique). ISBN : 9782849412015.

[64] DAVEZIES L. *La crise qui vient: la nouvelle fracture territoriale*. Paris : Editions Seuil, 2012. 111 p.ISBN : 9782021086454.

[65] CICOLELLA A., BOUSSON F., CENTRE D'ÉCODÉVELOPPEMENT & D'INITIATIVE SOCIALE (PARIS). *Notre environnement, c'est notre santé*. Paris (148 Av. du Faubourg-Saint-Denis, 75010); Montreuil (105-107 Bd de Chanzy, 93100); Congé-sur-Orne (Le Château, 72290) : Réseau environnement santé ; CÉDIS ; le Passager clandestin, 2012. ISBN : 9782916952758 2916952756.

[66] ROBIN M.-M. *Notre poison quotidien: la responsabilité de l'industrie chimique dans l'épidémie des maladies chroniques*. Paris : Issy-les-Moulineaux : Découverte ; Arte, 2011. 478 p.ISBN : 9782707157706.

[67] PERINAUD P.-M., TAILLEFER S. *Alerte Médecins Pesticides » Pesticides: l'alerte des médecins de France Métropolitaine et des Antilles* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.alerte-medecins-pesticides.fr/?page_id=544 > (consulté le 3 mars 2014)

[68] INSERM. *Pesticides Effets sur la santé - synthèse et recommandations - Expertise collective*. [s.l.] : INSERM, 2013.

[69] MILGROM E., BAULIEU E.-E., ACADÉMIE DES SCIENCES (FRANCE). *Hormones, santé publique et environnement*. Les Ulis (Essonne) : EDP sciences, 2008. ISBN : 9782868838957 2868838952.

[70] INSERM. *Cancers et environnement - Une expertise collective de l'Inserm - Dossier de presse*. [s.l.] : INSERM, 2008.

[71] ARTAC. « Appel de Paris, dangers sanitaires de la pollution chimique, texte articles Appel de Paris ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.artac.info/fr/appel-de-paris/texte-en-six-langues/francais_000075.html > (consulté le 3 mars 2014)

[72] BERKMAN L. F., GLASS T., BRISSETTE I., SEEMAN T. E. « From social integration to health: Durkheim in the new millennium ». *Soc. Sci. Med. 1982*. septembre 2000. Vol. 51, n°6, p. 843‑857.

[73] WILKINSON R. G. *L'égalité c'est la santé*. Paris : Demopolis, 2010. ISBN : 9782354570330 2354570333.

[74] EVANS R. G., BARER M. L., MARMOR T. R. *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris; Montréal : J. Libbey Eurotext ; Presses de l'Université de Montréal, 1996. ISBN : 2742000674 9782742000678 2760616843 : 9782760616844.

[75] BOSMA H., SIMONS A., GROFFEN D. A. I., KLABBERS G. « Stigmatization and socio-economic differences in health in modern welfare states ». *Eur. J. Public Health.* 10 janvier 2012. Vol. 22, n°5, p. 616‑617.

[76] STEPTOE A., MARMOT M. « The role of psychobiological pathways in socio-economic inequalities in cardiovascular disease risk ». *Eur. Heart J.*1 janvier 2002. Vol. 23, n°1, p. 13‑25.

[77] BUGADA A., RENAUX-PERSONNIC V., CENTRE DE DROIT SOCIAL (AIX-EN-PROVENCE B.-R., ÉD. *Le stress au travail: regards pluridisciplinaires*. Aix-en-Provence : Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2013. ISBN : 9782731408751 2731408758.

[78] HOFF K., PANDEY P. « Discrimination, Social Identity, and Durable Inequalities ». *Am. Econ. Rev*. mai 2006. Vol. 96, n°2, p. 206‑211.

[79] SPENCER S. J., STEELE C. M., QUINN D. M. « Stereotype Threat and Women's Math Performance ». *J. Exp. Soc. Psychol*. janvier 1999. Vol. 35, n°1, p. 4‑28.

[80] ERDAL D., WHITEN A. « On Human Egalitarianism: An Evolutionary Product of Machiavellian Status Escalation? » *Curr. Anthropol.* avril 1994. Vol. 35, n°2, p. 175‑183.

[81] SAHLINS M. *Âge de pierre, âge d'abondance: l'économie des sociétés primitives*. [Paris] : Gallimard, 1976. ISBN : 9782070292851 2070292851.

[82] BOUGAINVILLE L.-A. DE, COPYRIGHT PAPERBACK COLLECTION (LIBRARY OF CONGRESS). *Voyage autour du monde: par la frégate du Roi la Boudeuse et la flûte L'Étoile*. Paris : Gallimard, 1982. 477 p.(Collection Folio). ISBN : 2070373851.

[83] VIROLI M. *Républicanisme*. Lormont : le Bord de l'eau, 2011. ISBN : 9782356871169 2356871160.

[84] BÉNICOURT E., GUERRIEN B. *La théorie économique néoclassique: microéconomie, macroéconomie et théorie des jeux*. Paris : La Découverte, 2008. ISBN : 9782707154224 2707154229.

[85] JACQUARD A. *J'accuse l'économie triomphante*. [Paris] : Calmann-Lévy, 2000. ISBN : 2253147753 9782253147756.

[86] BOYER R. *Théorie de la régulation. 1, 1,*. Paris : la Découverte, 2004. ISBN : 2707132160 9782707132161.

[87] LORDON F. *Jusqu'à quand: pour en finir avec les crises financières*. Paris : Raisons d'agir, 2008. ISBN : 9782912107428 2912107423.

[88] ORLÉAN A. *Le pouvoir de la finance*. Paris : Jacob, 1999. 275 p.ISBN : 2738106986.

[89] PIVERT I. *La création de valeur pour l'actionnaire ou La destruction de l'idée démocratique*. Paris : Éd. du Sextant, 2011. ISBN : 9782849780374 2849780375.

[90] LORDON F. *Capitalisme, désir et servitude: Marx et Spinoza*. Paris : La Fabrique, 2010. 213 p.ISBN : 9782358720137.

[91] DENORD F. *L'Europe sociale n'aura pas lieu*. Paris : Raisons d'agir, 2009. 138 p.ISBN : 9782912107480.

[92] GÉNÉREUX J. *La dissociété*. Paris : Seuil, 2008. ISBN : 9782757806883 2757806882.

[93] LORDON F., ÉD. *Conflits et pouvoirs dans les institutions du capitalisme*. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 2008. 339 p.(Gouvernances). ISBN : 9782724610727.

[94] TWENGE J. M. « The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993 ». *J. Pers. Soc. Psychol.* décembre 2000. Vol. 79, n°6, p. 1007‑1021.

[95] « Yearning for Balance Views on Consumption Introduction ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.iisd.ca/consume/harwood.html > (consulté le 5 mars 2014)

[96] ALGAN Y. *La société de défiance: comment le modèle social français s'autodétruit*. Paris : Ens, Rue d'Ulm, 2007. 99 p.(Collection du CEPREMAP / Centre pour la recherche économique et ses applications, 9)ISBN : 9782728803965.

[97] JAURÈS J. *Rallumer tous les soleils*. Paris : Omnibus, 2006. ISBN : 2258070198 9782258070196.

[98] ORLÉAN A. *L'empire de la valeur: refonder l'économie*. Paris : Éditions du Seuil, 2011. 339 p.(Couleur des idées). ISBN : 9782021054378.

[99] RUFFINI P.-B. *Les Théories monétaires*. Paris : Ed. du Seuil, 1996. ISBN : 2020215071 9782020215077.

[100] AGLIETTA M. *La monnaie entre violence et confiance*. Paris : O. Jacob, 2002. 378 p.ISBN : 2738109292.

[101] LORDON F., ORLÉAN A. *Genèse de l'Etat et génèse de la monnaie : le modèle de la potentia multitudinis - in Spinoza et les sicences sociales, Lordon.F et Citton Y. (sous la dir.de)*. Amsterdam.[s.l.] : [s.n.], 2008.

[102] SCHOUTEN B. C., MEEUWESEN L. « Cultural differences in medical communication: A review of the literature ». *Patient Educ. Couns.* décembre 2006. Vol. 64, n°1-3, p. 21-34.)

[103] WILLEMS S., DE MAESSCHALCK S., DEVEUGELE M., DERESE A., DE MAESENEER J. « Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference? » *Patient Educ. Couns.* février 2005. Vol. 56, n°2, p. 139-146.

[104] MERCER S. W., WATT G. C. M. « The Inverse Care Law: Clinical Primary Care Encounters in Deprived and Affluent Areas of Scotland ». *Ann. Fam. Med.* 1 novembre 2007. Vol. 5, n°6, p. 503-510.

[105] STIRLING A. M., WILSON P., MCCONNACHIE A. « Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. » *Br. J. Gen. Pract.* juin 2001. Vol. 51, n°467, p. 456-460.

[106] FALCOFF H. « Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ? » *Rev. Haut Cons. Santé Publique - Actual. Doss. En Santé Publique*. 2010. n°73, p. 41-43.