

Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants:

Principaux résultats de l'édition 7 de
l'Enquête Sociale Européenne

Principaux
résultats de l'ESS

Édition

6

Accéder aux données et à la documentation de l'Enquête Sociale Européenne

Le Consortium pour l'Infrastructure de Recherche de l'Enquête Sociale Européenne (ESS ERIC) fournit un accès libre à l'ensemble de ses données et de sa documentation. Elles sont consultables et téléchargeables à l'adresse www.europeansocialsurvey.org.

Des initiatives spécifiques ont été mises en place afin de promouvoir l'accès et l'utilisation de jeux de données mis à jour régulièrement, y compris EduNet et NESSTAR, qui sont disponibles depuis le site internet de l'ESS.

EduNet

L'outil d'enseignement en ligne de l'ESS, EduNet,

a été développé à destination de l'enseignement supérieur. Il fournit des exemples clés-en-mains et des exercices conçus pour guider les utilisateurs au cours du processus de recherche, depuis la problématique théorique jusqu'à l'interprétation des résultats statistiques. Dix thématiques sont actuellement disponibles, sur la base des données issues de l'ESS.

NESSTAR

Le progiciel d'analyse en ligne de l'ESS utilise NESSTAR – un outil d'analyse de données en ligne. La documentation de NESSTAR est disponible auprès du centre de données en sciences sociales norvégien (www.nesstar.com).

L'Enquête Sociale Européenne vise à garantir que les personnes vivant en Europe sont mieux entendues, en faisant connaître leurs opinions et en éclairant leurs conditions sociales. Le présent rapport préliminaire porte sur l'un des aspects les plus importants de nos vies, la santé, et souligne les grandes inégalités qui existent à la fois à l'intérieur de chaque pays et entre les pays européens.

L'inclusion de ce module dans l'ESS a permis de réaliser l'une des analyses les plus complètes en matière d'inégalités (auto-déclarées) dans le domaine de la santé, à l'échelle transnationale et dans un vaste contexte sociologique. Il fournit des résultats particulièrement

pertinents pour les universitaires et les législateurs. Le module comprend également des innovations telles qu'une nouvelle méthode de mesure de la consommation d'alcool. En parallèle, le module fournit des données importantes en ce qui concerne la prévalence des conditions de santé à l'échelle transnationale et l'accès aux services de santé.

Je me réjouis d'accueillir de nombreux nouveaux analystes spécialistes de la santé dans la communauté des utilisateurs des données de l'ESS et de consulter les résultats de leurs analyses sur la base de ce nouveau module.

Rory Fitzgerald

*Rory Fitzgerald, Directeur de l'ESS ERIC
City University of London, Royaume-Uni*

Les auteurs du présent bulletin:

Terje Andreas Eikemo est professeur de sociologie à l'Université norvégienne de Sciences et de Technologies (NTNU), Trondheim, Norvège.

Tim Huijts est Maître de Conférence en Sociologie à l'Université de York, Royaume-Uni.

Clare Bamba est Professeure de Géographie de la Santé Publique à l'Université de Durham, Royaume-Uni.

Courtney McNamara est post-doctorante à l'Université NTNU, Trondheim, Norvège.

Per Stormes est candidat doctorant à l'Université NTNU, Trondheim, Norvège.

Mirza Balaj est candidate doctorante à l'Université NTNU, Trondheim, Norvège.

Eikemo, Huijts et Bamba ont fait partie de l'équipe de conception du questionnaire (QDT) responsable de l'élaboration du module portant sur « Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants ». Parmi les autres membres de l'équipe de conception du questionnaire figurent :

Olle Lundberg, du Centre d'études pour l'égalité en matière de santé de Stockholm, Suède ;

Johan Mackenbach, du Département de Santé Publique, Centre Médical de l'Université Erasmus, Rotterdam, Pays-Bas.

En outre, les membres suivants de l'équipe centrale de l'ESS ont contribué à la conception du module : Rory Fitzgerald, Yvette Prestage, Ana Villar, Sally Widdop, et Lizzy Winstone.

Inégalités sociales de santé et leurs déterminants:

Principaux résultats de la 7^{ème} édition de l'Enquête Sociale Européenne

Terje Andreas Eikemo, Tim Huijts, Clare Bambra, Courtney McNamara, Per Stornes and Mirza Balaj

Introduction

La persistance des inégalités sociales dans le domaine de la santé est bien établie : les personnes mieux éduquées, bénéficiant d'un statut professionnel plus important, ou de revenus plus élevés, présentent des taux de morbidité et de mortalité plus faibles. Bien que les inégalités sociales existent dans le domaine de la santé dans toutes les sociétés du monde, l'ampleur de ces inégalités varie à l'échelle spatiale, et il existe des différences notables au sein de l'Europe.

La recherche publiée à partir de l'exploitation des données de l'Enquête Sociale Européenne (ESS) a fortement contribué à l'exploration de la manière dont les inégalités sociales de santé peuvent varier d'un pays européen à l'autre (Eikemo et al., 2008a; Eikemo et al., 2008b; Huijts, 2011; Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010). Ces études se fondent sur trois résultats principaux en matière de santé (c.à.d. : santé auto-évaluée, maladies de longue durée invalidantes et dépression) et sur un nombre limité de déterminants sociaux de la santé, ayant trait, par exemple, au positionnement socio-économique des personnes. De manière générale, ce travail fait apparaître que l'état de santé est le plus dégradé parmi les groupes socio-économiques les plus faibles. Cependant, il existe différents schémas d'inégalités à l'échelle européenne.

Toutefois, afin de mieux comprendre comment et pourquoi les inégalités sociales persistent dans le domaine de la santé, il serait nécessaire d'analyser des résultats plus nuancés et un éventail élargi de déterminants de santé. Alors que les études portant sur la santé comprennent souvent tout un éventail de résultats et de déterminants de santé, à ce jour aucune étude n'a recueilli suffisamment de données concernant le système de stratification sociale des sociétés, incluant de une assez grande variété de données concernant les conditions de vie. En parallèle, il n'existe pas d'étude sociologique fondée sur des données suffisantes concernant les facteurs comportementaux/de mode de vie et sur des

résultats de santé (tels que les conditions chroniques spécifiques). C'est pourquoi nous avons élaboré un module d'inégalités en matière de santé, à intégrer à l'ESS, dont la partie principale inclut déjà des variables de stratification.

Le module rotatif portant sur les « Inégalités sociales de santé et leurs déterminants », compris dans l'édition 7 de l'ESS, inclut une large gamme d'indicateurs de morbidité, y compris plusieurs problématiques de santé physique auto-déclarées (ex : maladie cardio-vasculaire et troubles respiratoires). Il s'agit également du premier module transnational portant sur la santé qui inclut une vaste gamme de déterminants sociaux liés à la santé, par exemple les facteurs comportementaux et psychosociaux, l'accès aux soins et les conditions professionnelles.

Afin d'identifier les mesures et les déterminants de santé à inclure dans le module « Inégalités sociales de santé et leurs déterminants », nous nous sommes appuyés sur le modèle de Dahlgren & Whitehead (1991) décrivant les déterminants de santé (voir Figure 1) et sur les études récentes portant sur les déterminants sociaux de santé, telle que l'étude Marmot (2008). Nous avons alloué une priorité aux déterminants de santé potentiellement importants identifiés dans le cadre des études nationales, tels que les conditions d'habitation, le recours à des services de santé alternatifs, et les soins non rémunérés. Nous avons également priorisé les concepts pouvant être mesurés à l'aide d'une liste limitée d'items, en tenant compte de la limite du module fixée à 30 items. Enfin, nous avons défini les questions afin d'évaluer leur prévalence, leur distribution sociale et leur association avec la santé (Eikemo et al., 2016). Les déterminants présentant les associations les plus importantes et ne présentant pas d'autres problèmes de mesure ont été intégrés. Le Tableau 1 fournit une vue d'ensemble de tous les items ayant été intégrés au module.

Les données de l'édition 7 de l'ESS¹ ont été collectées au cours d'une série d'entretiens individuels d'une heure, réalisés auprès d'individus âgés de 15 ans et plus, dans 21 pays européens², rassemblant un peu moins de 40 200 réponses uniques. Les répondants de l'enquête ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage aléatoire, avec un objectif de taux de réponse minimum de 70%, afin de tenter de garantir l'obtention d'échantillons nationaux représentatifs³.

La traduction de grande qualité des questions de l'ESS⁴ et l'approche internationale d'échantillonnage systématique permettent de réaliser des comparaisons fiables entre pays.

Le présent livret décrit les principaux résultats de notre analyse préliminaire de ces données⁵, y compris une

analyse de la manière dont les différentes mesures de santé et déterminants majeurs de santé varient en Europe. Nous avons également intégré une étude de la manière dont les différents déterminants sociaux de la santé, et particulièrement ceux liés aux conditions comportementales, professionnelles et de vie, contribuent à expliquer les inégalités selon le niveau d'éducation dans les cas d'états de santé auto-évalués comme mauvais. Cette étude fournit une indication du type d'analyses détaillées pouvant être réalisées à l'aide de ces nouvelles données ainsi qu'une première approche des types de facteurs qui sont importants pour expliquer les inégalités selon le niveau d'éducation dans les cas d'états de santé auto-évalués comme mauvais à l'échelle européenne.

Figure 1: Modèle des déterminants de santé de Dahlgren & Whitehead (1991)

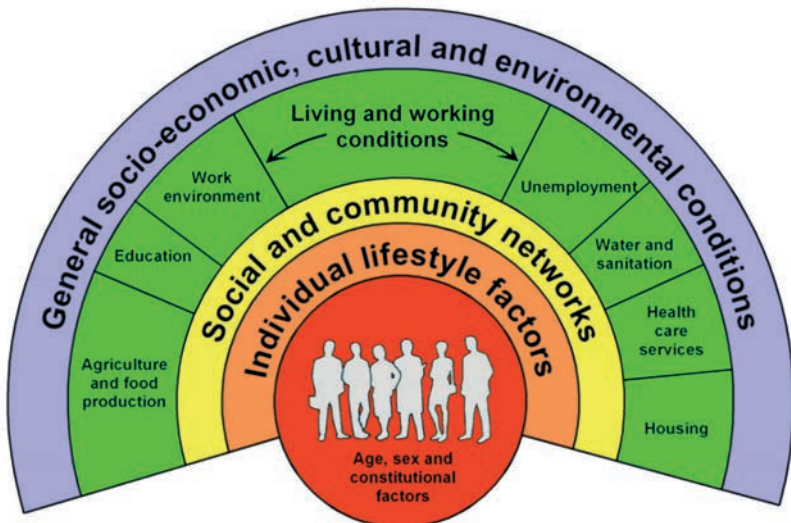


Tableau 1: Concepts et items compris dans le module rotatif de l'ESS concernant les inégalités sociales en matière de santé et leurs déterminants

Concepts	Items (descriptif des mesures utilisées)
Consommation de fruits et légumes	Fréquence de consommation de fruits (à l'exception des jus).
	Fréquence de consommation des légumes ou de la salade (à l'exception des pommes de terre).
Activité physique	Nombre de jours où les répondants ont marché rapidement, pratiqué un sport ou une autre activité physique pendant 30 minutes ou plus au cours des 7 derniers jours.
Tabagisme	Auto-classification en tant que fumeur quotidien, occasionnel, ancien fumeur ou non fumeur (cigarettes et tabac à rouler, à l'exception de la pipe, des cigares et de la cigarette électronique).
	Nombre de cigarettes habituellement fumées par jour.
Consommation d'alcool	Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois.
	Nombre de boissons (telles que décrites sur la carte) consommées au cours de la dernière consommation d'alcool un lundi, mardi, mercredi ou jeudi.
	Nombre de boissons (telles que décrites sur la carte) consommées au cours de la dernière consommation d'alcool un vendredi, un samedi ou un dimanche.
	Fréquence des épisodes de « binge drinking » au cours des 12 derniers mois.
IMC	Taille sans chaussures, poids sans chaussures.
Recours aux soins	A abordé le sujet de la santé avec un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois.
	A abordé le sujet de la santé avec un spécialiste en médecine au cours des 12 derniers mois.
	Incapacité à accéder à une consultation médicale ou au traitement nécessaire au cours des 12 derniers mois.
	Raisons de l'incapacité à accéder à une consultation médicale ou au traitement nécessaire au cours des 12 derniers mois.
	Traitements alternatifs employés au cours des 12 derniers mois (12 types de traitements présentés sur la carte).
Fourniture de soins non rémunérés	A pris soin ou apporté son aide aux membres de la famille, amis, voisins ou autres en raison d'une pathologie ou d'un handicap physique ou mental de long terme, ou de problèmes liés à l'âge, hormis les postes salariés.
	Nombre d'heures de soins non rémunérés par semaine.
Dimensions du bien-être mental	S'est senti déprimé(e), tout devient un effort, sommeil perturbé, heureux, solitaire, aime la vie, triste, impossible d'avancer, au cours de la semaine dernière (8 items distincts).
États auto-déclarés	Problèmes de santé (sur la carte) rencontrés au cours des 12 derniers mois : problèmes cardiovasculaire ou de circulation, tension artérielle élevée, problèmes respiratoires, allergies, dorsalgies ou cervicalgies ; douleurs musculaires ou articulaires aux mains ou aux bras, aux pieds ou aux jambes, problèmes de digestion ou stomacaux, problèmes de dermatologie, céphalées violentes, diabète.
	Problèmes de santé (sur la carte) empêchant la réalisation des activités quotidiennes au cours des 12 derniers mois.
	Cancer actuel, ou cancer en rémission.
Conditions dans l'enfance	Grave conflit entre les personnes composant le foyer au cours de l'enfance.
	Graves difficultés financières au cours de l'enfance.
Qualité de l'habitat	Tout problème rencontré (ainsi que listé sur la carte) avec l'habitation.
Conditions de travail	Dans tous les emplois, exposition à : vibrations provenant d'outils à mains ou de machines, postures fatigantes ou douloureuses, opérations manuelles de levage ou de déplacement de personnes, opérations manuelles de portage ou de déplacement de charges lourdes
	Dans tous les emplois, exposition à : niveaux de bruit élevés, températures très élevées ou très froides, radiations telles que les rayons X, manutention ou exposition respiratoire ou contact avec des produits, vapeurs ou substances chimiques, respirer d'autres types de fumées, émanations, poudres ou poussières.

Note: la formulation exacte des questions est disponible dans le questionnaire de l'édition 7 de l'ESS, téléchargeable sur le site de l'ESS.

L'état de santé des européens: quelle distribution?

Pour chaque résultat de santé inclus dans le module, nous avons calculé les taux de prévalence normalisés par âge^{vi}. Nous avons pondéré les groupes d'âges en fonction de la population européenne standard de 2013 et nous avons globalement rassemblé les pays par régions géographiques^{vii} sous la forme de tableaux/graphiques, afin de souligner le regroupement régional des estimations que nous avons pu établir pour plusieurs des items.

Le Tableau 2 présente la variation entre pays des états chroniques auto-déclarés. Globalement, nous constatons que de grandes proportions des échantillons sont concernées par au moins une des pathologies dans la plupart des pays. Toutefois, pour la plupart des pathologies, nous constatons également des différences considérables d'un pays à l'autre. Le pourcentage de répondants déclarant des problèmes cardio-vasculaires est généralement plus faible en Europe du Nord (à l'exception de la Finlande), et particulièrement élevé en Lituanie et en Pologne.

Les problèmes de tension artérielle élevée sont prévalents particulièrement en Allemagne, Hongrie, Lituanie et Slovaquie. La prévalence des maladies respiratoires est particulièrement faible en Europe centrale et orientale, et les allergies semblent être particulièrement problématiques en Europe du Nord. En ce qui concerne les douleurs aux bras, aux jambes et en particulier les dorsalgies, il apparaît clairement qu'une grande proportion de l'échantillon a souffert de ces douleurs au cours de l'année passée dans tous les pays, et aucun schéma de variation régionale ne se dégage clairement. Il en va de même pour les problèmes d'estomac, déclarés par un grand nombre de personnes, mais sans variation régionale claire. Les problèmes dermatologiques sont particulièrement prévalents en Finlande, et relativement faibles en Europe centrale et orientale par comparaison à d'autres régions.

Les céphalées aiguës font apparaître un écart important entre les sexes, les femmes étant plus sujettes à ces douleurs, et les proportions en Allemagne, en France et au Portugal sont plus de trois fois plus élevées qu'en Irlande. En ce qui concerne le diabète, il n'existe aucun schéma clair de variations entre pays, bien qu'il soit légèrement

plus prévalent en Israël qu'ailleurs. En agrégeant les informations concernant toutes les pathologies, nous constatons que dans presque tous les pays, chez les femmes comme chez les hommes, plus de la moitié de l'échantillon déclare avoir souffert d'une ou deux pathologies ou plus au cours des 12 derniers mois.

En ce qui concerne les femmes en Finlande, en France et en Allemagne, ce pourcentage approche 90%, ce qui implique que seule une petite minorité n'a pas souffert de ces pathologies. En ce qui concerne les cancers, nous n'avons pas constaté de schéma clair de variations transnationales, bien que la Norvège et la Suède se démarquent par de faibles pourcentages de cancers déclarés, mais présentent les plus hauts pourcentages de femmes ayant souffert d'un cancer par le passé.

Le Tableau 3 présente les résultats portant sur les autres données relatives à la santé. Les estimations concernant les états de santé auto-évalués à un niveau faible ou très faible rejoignent les chiffres des études fondées sur des éditions précédentes de l'ESS, avec des pourcentages faibles en Irlande et en Suisse, et les taux les plus élevés en Estonie, en Hongrie et en Lituanie. Il en va de même pour les pourcentages de répondants étant invalidés, au moins jusqu'à un certain niveau, par une maladie de longue durée, et la Lituanie et la Slovaquie sont les pays présentant les plus hauts pourcentages dans ce domaine. En ce qui concerne le pourcentage de personnes déclarant de graves symptômes dépressifs^{viii}, nous constatons un écart très clair entre les sexes, ce qui concorde avec les études réalisées sur la santé mentale en Europe, et sur la base d'éditions précédentes de l'ESS. Toutefois, il convient de noter que la Norvège et la Finlande ne présentent pas cet écart entre les sexes. Les faibles pourcentages déclarant des symptômes dépressifs graves en Finlande, en Norvège et en Suisse et le risque élevé de présenter des symptômes dépressifs graves en Europe méridionale, centrale et orientale concordent également avec les précédents résultats obtenus dans le cadre de l'ESS. Enfin, en ce qui concerne le surpoids et l'obésité, nous constatons que les hommes présentent davantage de risques de surpoids que les femmes de notre échantillon et que parmi les femmes, le pourcentage de personnes se déclarant en situation de surpoids ou d'obésité est particulièrement élevé en Europe centrale et orientale.

Tableau 2: Etats chroniques auto-déclarés dans 21 pays européens (pourcentages, distinction entre les hommes et les femmes)

		Cardiaque	Tension artérielle	Respira-toire	Allergie	Dorsalgie	Douleur aux bras	Douleur aux jambes	Estomac	Peau	Céphalée	Diabète	1 de ces états	2 ou plus	Cancer prés.	Cancer préc.
Nord																
Danemark	M	8.4	20.3	9.5	16.2	45.7	21.8	23.9	14	10	7.6	6.7	30.6	52.5	2.8	7
	F	8.2	19.5	10.5	17.5	50.5	28.4	32.7	22.2	14.4	17.2	5.3	22.9	60.2	4.5	9.6
Finlande	M	11.6	20.1	10.8	14.7	47.4	26	31.8	16.5	13.8	13.9	7.8	28.4	58.2	2.8	4.6
	F	9.9	21.8	13.5	19	57.8	27.7	34.3	27.2	20.3	23.4	5.4	21.2	70.4	2.1	5.7
Norvège	M	8.6	15.5	10.5	15.7	36.5	23.2	22.2	14.1	10.5	5.1	4	32.3	45.9	2.2	5.1
	F	7.3	15.1	14.6	23.3	50.4	32.1	33.3	20.7	10.2	15.4	3.7	24.3	60.8	0.7	10.2
Suède	M	7.1	17.1	7.8	15.1	42.3	22.9	25	16.2	7.7	6.9	5	29.3	49.6	2.5	5.4
	F	8.5	18.9	10.9	20.5	51.3	30.1	27.9	27.1	10.5	16.5	4.8	25.2	59.5	2.4	10.2
Ouest																
Autriche	M	11.1	16.9	5.3	6.9	30.5	13.6	17.8	8.2	6.3	8.5	3.9	22.5	34.9	3.3	8.1
	F	10.8	15.7	6.7	9.7	34.3	17.3	16.4	12.9	9.6	15	3	18.9	41	3.4	8.7
Belgique	M	9.1	13.5	9.1	10.6	48	24.7	27.6	15.3	6.8	8.8	5.3	29.2	51.3	2.8	4.4
	F	8.9	18.7	10	17.1	53.7	31	28.4	24.9	8.3	22.6	4	24	61.6	3.3	6.4
France	M	9.3	11.7	11.8	11	43.1	27.5	28	17.2	8.7	14.7	6	29.2	50.8	3.5	4.7
	F	9.3	16	12	15	52	33	28.5	19	8.2	30.2	5.8	21.1	64	4	6.4
Allemagne	M	11.5	22	10.9	14.1	49	22	24.8	18.1	12.3	15.6	6.6	26.4	56.7	2.6	6.1
	F	15.6	23.7	12.2	16.7	59.5	27.2	29.4	25.4	13.7	27.1	6.5	19.7	69	2.9	7.5
Irlande	M	5.8	12.8	6.9	4.4	21.5	9.9	14.2	7.8	5.2	3.8	3.1	21.7	26.5	5.2	3.5
	F	5.2	11.3	7.4	6.2	22.1	13.2	13.8	9.8	6.4	7.3	2.7	24.9	26.6	3.9	5.1
Pays-Bas	M	12.8	17.5	8.7	11.1	33.7	18	22.1	11.2	9.2	8.2	7.4	30.9	44.5	4	5.8
	F	8.5	18.5	11.3	14.1	44.9	21.2	24.5	16	10	17.7	4.8	31.7	49.4	3	8.1
Suisse	M	8.7	14.5	5.7	9.5	37	18.2	24.9	12.9	8.4	11.8	3.8	31.3	44.3	7.5	7.2
	F	7	13.5	7.3	14.9	44.6	22.2	23.5	17.8	10.1	20	3	29.9	49.9	10.1	9
Royaume-Uni	M	7.6	18.5	13.1	8.8	35.3	22.8	26.3	16.4	10	8.2	6.5	30.3	44.8	3.3	5.2
	F	6.9	18.1	13.7	15	36.2	20.3	27.6	18.2	14.2	15.8	4.6	27.4	51.5	3.2	7.4
Centre/Est																
République Tchèque	M	6.6	17.2	4.8	6.1	20	10.4	13.8	7.8	3.8	5.9	6.3	25.9	26.2	-	-
	F	7.7	16.1	7	10.1	26.6	13.6	16.1	9.2	4.3	12.5	5.4	23.9	33	-	-
Estonie	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.5	5.8
	F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.6	6.3
Hongrie	M	11.3	21.2	6.1	5.3	16.9	11.6	14.8	6.5	1.7	6.7	4.4	17.8	27.4	15.3	5.2
	F	12.9	22.8	5.4	8.4	17.7	15.9	18.7	8	4.8	14.1	6.5	14.7	33.6	15.4	6.8
Lituanie	M	16.5	18.8	3.7	2	24.9	9.1	12	11.1	0.6	4.8	2.5	23	29.8	5.9	6.8
	F	21.4	25.8	5.1	5	27.2	11.7	16.3	15.6	3.6	14.8	3.5	21.3	41.1	11.1	9.2
Pologne	M	16.3	17.7	5	8.4	29.5	22.3	22	10.4	4	9	4.9	26.3	39.7	5.2	3.4
	F	20	20.3	7	11.8	38.7	29.6	25.6	17.1	5.1	18.1	6.4	22.8	51.8	6.1	5
Slovénie	M	9.4	20.8	7.4	8.6	36.4	19.5	19.4	12.1	3.7	7.7	5	35.9	38.6	3	4.5
	F	13.7	24.5	9.6	11.7	46.8	24.3	26.2	20.2	4.1	17.8	7.4	27.6	54.1	2.8	5.6
Sud																
Israël	M	10.7	15.3	7.1	5.7	20.6	12.9	14	7	4.9	8.9	10.6	18.6	30.1	8.4	5.7
	F	8.6	15.6	7	6.3	24	13.1	19	11.1	5.1	10.3	9.2	19.5	33	9.4	4.5
Portugal	M	8.3	20.8	6.9	13.7	45.1	24.9	27.8	16.2	6.9	16.3	8.5	25.7	51.6	1.6	3.9
	F	15	22.1	12.6	20.6	49.4	41.9	39.3	18	5.3	29.6	9.1	17.5	65.8	2.8	5.9
Espagne	M	9.1	15	7.9	11	33.9	20.3	23.6	12.8	5.5	9	5.5	31.4	39.8	1.9	4.8
	F	9.8	17	8.3	12.2	46.5	33.9	31.6	17.1	9.5	22.2	5.2	24.8	53.4	2	4.2

Source: Enquête Sociale Européenne, édition 7, 2014.

Tableau 3: Santé globale auto-déclarée, maladie de longue durée incapacitante, santé mentale et surpoids/ obésité dans 21 pays Européens (pourcentages, distinction entre les hommes et les femmes)

		Mauvaise santé / très mauvaise santé	Incapacité due à la maladie	Symptômes dépressifs	Surpoids / obésité
Nord					
Danemark	M	6.1	26.4	8.1	52
	F	6	33.5	12.6	38.9
Finlande	M	4.6	29.9	6.7	59.1
	F	5.3	34.8	8.2	47.9
Norvège	M	4.6	26.4	6.2	57.4
	F	9.6	32.6	8.9	42.4
Suède	M	2.8	26.8	6	56.8
	F	6	35.3	14.6	43.5
Ouest					
Autriche	M	4.1	21.5	8.5	57.5
	F	4.7	21.9	13.6	38.9
Belgique	M	5	25.3	8.6	51.1
	F	5.8	29.5	14.3	39.5
France	M	6.4	21.9	8.2	52.8
	F	9.3	27.1	16.5	40.9
Allemagne	M	7.6	29.5	9	60.2
	F	12.4	33.3	20.2	44.4
Irlande	M	2	17.3	6.2	56.3
	F	2.7	18.4	9.1	41
Pays-Bas	M	4.1	27.3	8.3	51.4
	F	6.1	33.7	10.8	44.5
Suisse	M	2.3	20.4	4.7	52.5
	F	3.9	22.3	9.3	29.9
Royaume-Uni	M	6.7	24	10.6	58.5
	F	7.5	27	14.7	47.7
Centre/Est					
République Tchèque	M	4.9	27.5	19.1	67.4
	F	8.3	29.8	28.6	49.4
Estonie	M	11.2	28.7	14.8	56.4
	F	12.4	26.6	20.8	48.1
Hongrie	M	13.5	29.5	21.5	63.8
	F	13.8	31.8	27.5	52.8
Lituanie	M	12.1	33.3	16.1	60.7
	F	12.8	35.2	22.7	50.8
Pologne	M	8.3	27.8	11.3	60.8
	F	12.5	32.3	25.3	44.1
Slovénie	M	9.8	31.2	8.7	61.2
	F	12.2	38.5	15.6	50.6
Sud					
Israël	M	9.2	25	12	55.9
	F	11.3	25.5	19.1	47.8
Portugal	M	8.3	17.4	15.8	56
	F	12.1	21.9	30.9	49.8
Espagne	M	8.8	14.8	12.8	60.4
	F	14.9	19.3	24.7	43.3

Source: Enquête Sociale Européenne, édition 7, 2014.

Quelle est la distribution des déterminants comportementaux et sociaux de santé en Europe ?

Nous avons également calculé les taux de prévalence normalisés par âge pour chaque déterminant social et comportemental des problèmes de santé dans le

cadre du module. Nous avons établi que de nombreux européens sont exposés aux déterminants sociaux et comportementaux des problèmes de santé. De plus, l'intensité de l'exposition à ces facteurs sociaux et comportementaux varie d'un pays à l'autre.

Le Tableau 4 contient des informations concernant l'accès et le recours aux soins dans chaque pays. Il

existe d'importantes variations d'un pays à l'autre en ce qui concerne les besoins qui ne sont pas couverts, avec des pourcentages particulièrement élevés en Finlande, France, Allemagne, Estonie, Pologne, Israël et au Portugal.

L'analyse des raisons qui sous-tendent l'absence de réponse aux besoins fait ressortir les listes d'attentes, sont, particulièrement mentionnées en Estonie, en Pologne et en Israël, le manque de créneaux de rendez-vous disponibles semble être, particulièrement problématique en Finlande, en Pologne et en Israël. En ce qui concerne le recours aux soins, nous constatons que dans la majorité des pays, environ trois quarts de l'échantillon a consulté un médecin généraliste au cours de l'année passée, mais ce chiffre peut être plus faible, par exemple en Suède. Le pourcentage de répondants ayant consulté un spécialiste ou eu recours à des traitements alternatifs est plus faible, et généralement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Dans certains pays, des niveaux plus élevés peuvent indiquer que les personnes peuvent s'adresser directement à un spécialiste.

Il est intéressant de souligner que dans certains pays, le pourcentage de personnes ayant recours aux traitements alternatifs est similaire, voire même plus élevé que le pourcentage de personnes consultant un spécialiste. Il n'existe pas de schéma clairement établi de variations régionales pour ces mesures, et avec ces indicateurs, nous devons tenir compte du fait qu'ils n'ont pas été ajustés pour les problèmes de santé ou le besoin qui en résulte d'accès aux soins.

Le Tableau 5 présente les variations transnationales en matière de comportements à risques. En ce qui concerne les données relatives au tabagisme, les pourcentages de fumeurs actuels sont beaucoup plus faibles en Europe du Nord, au Royaume-Uni et en Irlande, et considérablement plus élevés chez les hommes des pays d'Europe centrale et orientale, où (ainsi qu'en Europe méridionale) il existe un écart très important entre les sexes en matière de tabagisme. Le pourcentage d'anciens fumeurs est toutefois particulièrement élevé en Europe du Nord. Parmi les fumeurs, le pourcentage de personnes fumant 20 cigarettes ou plus par jour est particulièrement élevé en Autriche, en Pologne et en Israël. Il existe de fortes variations d'un pays à l'autre en ce qui concerne le pourcentage de personnes déclarant consommer fréquemment de l'alcool, avec des pourcentages

particulièrement faibles en Israël et en Europe centrale et orientale (particulièrement chez les femmes). L'analyse des quantités d'alcool consommées dans l'ensemble des pays participant à l'édition 7 de l'ESS fait ressortir que, de manière générale, les hommes consomment presque deux fois plus d'unités d'alcool que les femmes, et que la consommation au cours du week-end est presque doublée par rapport à la consommation en semaine.

Le nombre d'unités d'alcool consommées est particulièrement élevé en Irlande. La pratique du « binge drinking », ou consommation ponctuelle et excessive d'alcool dans le but d'atteindre l'ivresse, est particulièrement importante au Royaume-Uni et au Portugal. Le « binge drinking » répété est rare en Europe du Nord, et parmi les femmes en Europe centrale et orientale. En ce qui concerne la pratique d'une activité physique, aucune variation régionale ou de différences selon le sexe ne se dégage clairement. Enfin, la consommation quotidienne de fruits et légumes est considérablement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, particulièrement en Europe du Nord.

Enfin, le Tableau 6 présente l'estimation des autres déterminants sociaux de santé ayant fait part du module rotatif de l'ESS. La République Tchèque et Israël présentent les niveaux les plus faibles d'exposition aux risques ergonomiques et matériels dans le contexte professionnel, quel qu'il soit, et dans tous les pays, les hommes sont beaucoup plus exposés à ces risques que les femmes. En ce qui concerne les conditions de vie des enfants, nous constatons globalement que l'Espagne, l'Europe centrale et orientale semblent présenter un faible taux de conflits dans les foyers pendant l'enfance, alors que les difficultés financières pendant l'enfance sont particulièrement prééminentes en Europe centrale, orientale et méridionale. En ce qui concerne les problématiques des ménages, nous ne constatons pas de schéma clair de variations régionales, bien que ces problèmes impactent une proportion significative de répondants. Enfin, le pourcentage de répondants fournissant des soins non rémunérés est généralement plus élevé en Europe du Nord. Toutefois, la proportion de personnes fournissant 10 heures ou plus de soins par semaine est particulièrement élevée en Europe méridionale.

Tableau 4: Accès et recours aux soins dans 21 pays européens (pourcentages, distinction entre les hommes et les femmes).

		Non réponse aux besoins - général	Non réponse aux besoins - liste d'attente	aux besoins - pas de créneaux disponibles	A consulté un médecin généraliste	A consulté un spécialiste	Utilisation de traitement alternatif
Nord							
Danemark	M	5,8	2	2,2	75,9	35,6	35,3
	F	8	2,9	1,8	83,2	41,4	44,8
Finlande	M	16,9	6,5	5,9	68,1	35	39,3
	F	22	7,5	9,7	71,5	44,6	51,8
Norvège	M	11,3	4,6	4,1	75	24,8	33,7
	F	16,1	5,9	4,8	85	30	42,9
Suède	M	8,2	1,6	2	91,6	27,6	36,2
	F	12,9	2,8	3	83,1	37,4	45,9
Ouest							
Autriche	M	4,1	1,8	2,3	72,4	41,5	35,4
	F	6	1,8	3,1	82	55,1	44,7
Belgique	M	9	2,3	2	77,4	38,3	30
	F	11,5	4	1,5	85,7	51	37,2
France	M	15	4,1	3,7	80,2	40,1	35,9
	F	21,7	5,2	5,8	85,9	51,1	46,9
Allemagne	M	13,4	4,3	4,6	80,1	55,3	38,9
	F	19	5,9	7,4	83,3	69,3	54,7
Irlande	M	5,6	1,9	1,5	81,7	48,4	21,9
	F	7,8	3,4	2,2	74,2	20	29,7
Pays-Bas	M	3,8	1,1	0,5	85,2	39,3	34,1
	F	4	0,7	0,6	76,1	46,7	39
Suisse	M	4,8	0,4	0,9	86,4	36,2	39,7
	F	8,1	1,3	1,8	74,9	45,7	56,7
Royaume-Uni	M	10,9	2,2	4,9	72,8	29,9	24,3
	F	14,9	3,2	10,3	78,9	33,9	32,1
Centre/Est							
République Tchèque	M	6,2	1,3	1,5	70	31,8	24,9
	F	6,3	2,2	1,1	76,5	39	33,4
Estonie	M	15,4	9,7	4,6	65,6	39,7	29,8
	F	19,9	10,7	8,3	77,6	57	46,3
Hongrie	M	4,6	1,6	1,6	59	26,7	10,3
	F	6,7	3,2	2,2	69,6	33,3	14,6
Lituanie	M	11,3	5,2	5,1	52,4	21,1	29
	F	15,1	6	7,6	71,7	29,4	45
Pologne	M	18,6	10,1	7,2	63,6	40,7	16,3
	F	25,8	10,3	12	77,2	48,4	19,7
Slovénie	M	7,9	4,5	0,2	75	37,3	27,9
	F	8,4	4	0,8	79,9	42	32,6
Sud							
Israël	M	15,9	10,8	7,5	76,3	55,1	22,3
	F	22,2	13,1	11,1	85,2	64,3	27,8
Portugal	M	18,7	6,9	4,7	77,9	35,1	22,9
	F	16,6	3,2	7,1	83,4	38,2	19,8
Espagne	M	11,7	4,1	3	74,5	42,2	22,3
	F	13,1	5,1	3,8	83,9	52,7	29,9

Source: Enquête Sociale Européenne, édition 7, 2014.

Tableau 5: Comportements à risques dans 21 pays européens (distinction entre les hommes et les femmes)

		Tabagisme (actuel %)	Tabagisme (passé %)	20 or cig. Par jour ou plus	Alcool > une fois par semaine (%)	Unités en semaine (moyenne)	Unités le weekend (moyenne)	Binge drinking au moins chaque semaine (%)	Activité physique sur 3-4 jours (%)	Fruits et légumes au moins 1 fois par jour (%)
Nord										
Danemark	M	27,1	61,4	37	38,6	4,5	9,3	3,3	20,9	53,6
	F	22,4	64,7	19,1	22,4	3,1	6,2	1,4	25,7	74,2
Finlande	M	28,6	61,8	29,3	16,9	3,9	9,3	1,4	28,9	59,9
	F	22,9	62,3	20,4	6,1	2,4	5,8	0,4	25,9	72,5
Norvège	M	22,1	66,4	20,6	20	4,7	9,7	1,1	25,8	59,9
	F	19	71,6	18,8	8,9	2,9	5,9	0,4	25,9	73,5
Suède	M	15,1	77,8	18,5	22	4	8,4	2,2	24,4	49,8
	F	14,8	76,2	10,7	10,6	2,7	5,4	0,8	25,9	70,4
Ouest										
Autriche	M	33,1	49	56,8	37,8	4,2	6,7	9,2	23,8	44,1
	F	28,3	44,7	41,7	13,4	2,8	4,3	2,4	24,6	56,9
Belgique	M	28,2	55,6	33,6	38,9	3,7	6,5	3,1	19,4	58,3
	F	23,9	52,1	33	23,6	2	3,8	2,1	18,2	68,9
France	M	31	54,6	32,8	41,7	2,8	5,1	2,9	18,7	59,2
	F	26,5	53,4	18,7	17,4	1,6	2,9	0,9	14,7	71,7
Allemagne	M	34,2	54,9	38,4	36,9	3,2	6,1	4,4	23,5	49,9
	F	29,2	52,5	19,4	15,1	1,9	3,6	1,7	23,1	65,9
Irlande	M	24,0	51,5	40	22,8	6,3	12,5	5,1	25,9	67
	F	21,5	52,8	27,3	10,7	4	8	2,4	25,4	76,9
Pays-Bas	M	31,4	54,9	22,1	44,8	3,1	6,1	4,9	24	55,7
	F	22,3	61,5	23,7	29,2	1,8	3,4	5,1	24,4	68,6
Suisse	M	29,5	54,5	37,6	39,8	3,3	5,3	5,5	22,1	62,0
	F	24,9	53,8	16,7	20,8	1,9	3,2	1,8	23,3	81,2
Royaume-Uni	M	22,9	60,4	24,7	38,3	5,7	9,5	11,2	18,9	65,3
	F	20,4	59,7	18,1	25,3	3,6	6,4	4	22,1	74,1
Centre/Est										
République Tchèque	M	34,8	41	25,4	24,8	6,4	10	4,6	21,2	33,3
	F	20,2	47,6	13,8	6,7	4,3	6,3	0,6	21,8	50,8
Estonie	M	37,4	50,2	38,3	17,4	3,9	8,7	3,4	21,2	52,1
	F	21	57,6	14	3,7	2,1	4,1	1,1	17,9	65,6
Hongrie	M	41,3	34,2	47,9	22,1	6	11,6	7,2	14,7	28,3
	F	26,2	41,7	20,7	2,4	3	6,9	1,6	10,5	31,6
Lituanie	M	45,8	42,3	32,7	19,7	7	13,4	7,5	20,8	45,9
	F	16,7	57,9	11,2	3,3	3,5	5,9	1,1	20,5	58,7
Pologne	M	34,2	52,9	48,5	17,4	4,9	8,5	3,1	15	55,8
	F	21,7	62,3	29,2	3,5	2	4,3	2,5	16,6	69,6
Slovénie	M	29,7	51,5	50,6	27,1	3,4	4,7	3	16,5	66
	F	26,8	46,1	20,9	9,6	2	2,5	1,6	19,9	78,2
Sud										
Israël	M	31,5	36	51,9	10,2	4,3	5,3	4,5	20,3	66,8
	F	17,7	38,2	32,1	3,1	3,2	3,8	1,3	17,8	72
Portugal	M	33	53,6	41,4	47,5	3,8	5	17,5	13,1	76,2
	F	14,7	51,1	14,5	15,3	1,9	2,9	5,2	11,5	82,7
Espagne	M	31,3	51,7	30	40,1	2,2	4,9	6,5	17,8	55,2
	F	26,3	48,6	22,5	16,7	1,2	2,9	3,2	14,7	69,1

Source: Enquête Sociale Européenne, édition 7, 2014.

Tableau 6: Déterminants sociaux de santé dans 21 pays Européens: conditions de travail, conditions dans l'enfance, habitat, fourniture de soins non rémunérés (pourcentages, distinction entre les hommes et les femmes).

		Tous risques ergonomiques	Tous risques matériels	Conflits fréquents/permanents pendant l'enfance	Difficultés fréquentes/permanents pendant l'enfance	Tous problèmes d'habitat	Fourniture de soins non rémunérés	>10 heures de soins non rémunérés /semaine
Nord								
Danemark	M	58.4	59.3	12.2	11.8	12.4	40	16.2
	F	50.5	48	19.1	13.7	19.5	45.1	16.6
Finlande	M	80.8	77.3	7.3	14.5	10.4	39.7	10.5
	F	75	56.7	15.3	20	12.8	45.5	12.6
Norvège	M	54.3	52.8	5.6	6.2	10.2	34.9	8.2
	F	54.4	40.9	11.2	10	11.6	45.1	11.8
Suède	M	72.4	59.8	9.6	11.7	9.3	39.5	7.1
	F	66.6	48.9	16	14.7	10.1	39.4	16.5
Ouest								
Autriche	M	52.9	55.2	7.1	13.6	8.9	18.1	22
	F	41.8	27.4	13.2	15.7	9.4	25.4	31
Belgique	M	65.1	63.6	11.6	13.7	17	35.3	15.7
	F	49.8	33.4	15.4	13.8	17.5	39.4	21.1
France	M	72.7	68.4	12.7	15.7	19	37.4	14.6
	F	58.6	40.4	19.4	23.4	24	39.8	20.4
Allemagne	M	70.5	66.6	12.3	12.8	13	32.1	15.2
	F	56.5	39.2	19	16.6	15.8	37.1	19.9
Irlande	M	51	44.5	6.2	18.4	8.4	21.7	29
	F	28.2	25.6	7.6	16.8	9.4	30.1	41.3
Pays-Bas	M	58.4	55.6	10.3	14.4	13.3	31.9	20.8
	F	46.8	29.2	15.1	13.2	14.8	38.1	18.2
Suisse	M	54.7	51.6	10.2	11.9	8.3	32.8	13
	F	41.1	29.7	15.3	13.4	11.7	41.8	16.9
Royaume-Uni	M	50.9	50.5	11.8	16.2	16.2	29.4	33
	F	38.9	29.6	14.5	20.7	18.3	31	30.1
Centre/Est								
République Tchèque	M	46.7	44.8	7	15.1	9	31.6	16.5
	F	33.1	25.3	6.5	17.8	9.7	37.1	37.7
Estonie	M	71.7	64	8.7	25	16.2	26.5	25.1
	F	53.8	45.6	15	24.9	20.7	35.8	39.1
Hongrie	M	60.3	44.9	12.3	24.6	15.2	5.4	28.6
	F	40	30.7	11.9	24.4	15	9.9	38.4
Lituanie	M	57	48.3	11.9	22.9	18	16.7	27.8
	F	45.9	36.9	9.7	26.4	19.9	25.1	45.5
Pologne	M	59.7	72.3	6.3	17.2	12.1	32.8	18.2
	F	55.4	44.7	7	19.1	11.1	38.5	37.6
Slovénie	M	57.4	68.7	5.7	15.5	16	30	18
	F	56.2	49	12.9	25.6	19.3	34.6	18.7
Sud								
Israël	M	45.2	44.7	10.3	18.4	16.2	35.5	19.2
	F	31.3	23	11.1	24.6	17.6	38.7	31.4
Portugal	M	71.7	70.2	7.2	25.7	13.3	35	33.1
	F	66.1	45.2	11.9	24.2	16.2	33.1	43.3
Espagne	M	72	66.2	4.4	15.4	16.9	23.3	29.4
	F	58.6	43.1	6.1	14.7	21.5	32.5	42.2

Source: Enquête Sociale Européenne, édition 7, 2014.

Quels sont les principaux mécanismes expliquant les inégalités de santé selon de niveau d'éducation en Europe?

Le module « Inégalités sociales de santé et leurs déterminants » de l'édition 7 de l'ESS fournit une occasion rare d'analyser de manière comparative la contribution de multiples facteurs expliquant les inégalités socioéconomiques en matière de santé. Il apparaît clairement que l'état de santé est variable d'un groupe socioéconomique à un autre, mais comment expliquer ces différences?

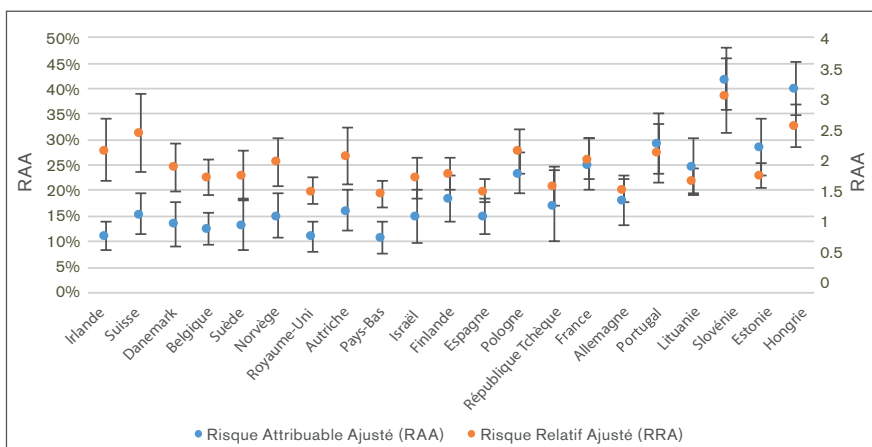
La majorité des études existantes expliquant les inégalités sociales de santé dans les pays européens se concentre principalement sur les facteurs de risques liés au comportement, et concluent que les différences socio-économiques liées au tabagisme et à l'inactivité physique sont les principaux facteurs qui sous-tendent les inégalités et les différences spatiales en termes d'amplitude. Bien-sûr il existe de bonnes raisons à la prévalence de cette approche : ces facteurs de risques proximaux sont relativement faciles à mesurer, présentent des rapports de cause à effet sur la mortalité relativement bien documentés et ils sont sensibles aux interventions. Cependant, cette perspective

néglige les mécanismes individuels, collectifs et structurels sous-jacents qui mènent à l'adoption de ces comportements plus à risques, ainsi que les facteurs non-comportementaux (tels que le logement, l'accès aux services et les conditions de travail) qui ont un impact sur la prévalence des problèmes de santé. Avec le vaste éventail de déterminants comportementaux et sociaux inclus dans le présent module, nous pouvons comparer l'importance des facteurs de risques comportementaux et non-comportementaux afin d'expliquer les inégalités sociales de santé.

La dernière partie de ce livret décrit les principales catégories de mécanismes expliquant les inégalités selon le niveau d'éducation en matière de santé en Europe, à titre d'exemple permettant de démontrer ce que cette approche permet de mettre en lumière.

En premier lieu, nous avons examiné les inégalités selon le niveau d'éducation pour les cas de mauvais états de santé auto-évalués. Dans tous les pays de l'ESS, nous avons constaté des différences significatives entre les groupes présentant un niveau d'éducation élevé et ceux dont le niveau d'éducation est faible.

Figure 2: Inégalités relatives et absolue par niveau d'éducation dans 21 pays européens.



Source: Enquête Sociale Européenne, édition 7, 2014. Note : les estimations RAA et RRA sont fondées sur un modèle (de référence) ajusté par âge, sexe et incapacité/pathologie chronique. Toutes les valeurs sont statistiquement significatives à $p < 0.01$.

Ces différences sont illustrées à la Figure 2, qui présente les inégalités selon le niveau d'éducation absolues et relatives, telles que mesurées par les ratios de différences de risques (DR) et le risque relatif (RR). Ces mesures des inégalités ont été calculées à partir d'un modèle de régression logistique binaire fondé sur la méthode de standardisation marginale, permettant de prédire les probabilités. Conformément aux recherches précédentes de l'ESS (par exemple Eikemo et al., 2008a) nous avons également constaté des variations considérables entre les pays en ce qui concerne l'ampleur des inégalités de santé absolues et relatives induites par l'éducation. Toutefois, bien que les inégalités absolues liées à l'état de santé auto-évalué entre les différents groupes soient plus importantes en Europe centrale et orientale (particulièrement en Hongrie et en Slovaquie), nous n'avons pas dégagé de schéma régional clair en termes d'inégalités relatives.

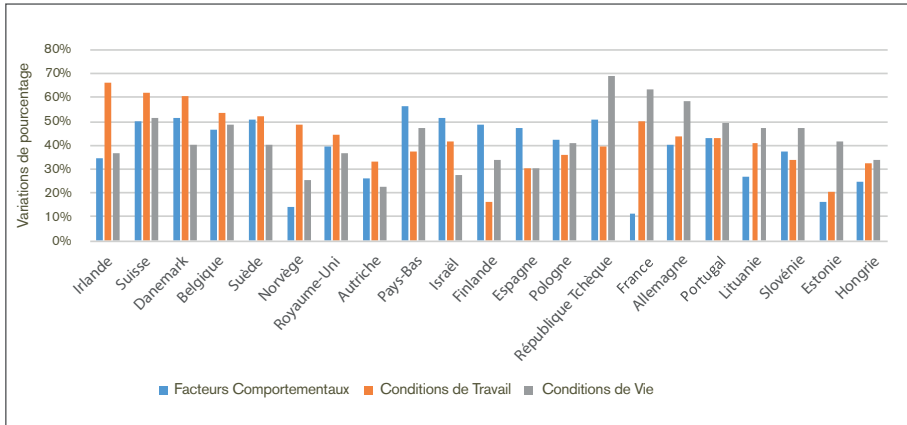
Nous avons ensuite examiné la contribution des différents déterminants sociaux de la santé expliquant ces inégalités. Pour chaque pays, seuls les déterminants sociaux atténuant de plus de 5% les inégalités relatives ont été retenus dans le modèle final. Nous avons ensuite organisé les déterminants sociaux de santé dans le module en trois catégories : les conditions comportementales, les conditions de travail et les conditions de vie (voir encadré 1). Nous avons constaté que l'analyse séparée de ces trois séries de déterminants réduit significativement les inégalités observées entre les groupes de niveaux selon le niveau d'éducation au regard de la santé auto-évaluée (voir Figure 3). Ceci suggère que ces types de déterminants de la santé continuent à contribuer de façon importante aux inégalités entre les groupes de niveaux d'éducation en matière de santé.

De manière plus spécifique, les déterminants professionnels permettent d'expliquer la plus grande part des inégalités liées au niveau d'éducation dans 8 des 21 pays. En République Tchèque, en Autriche, au Danemark, en Belgique et en Allemagne, les déterminants professionnels s'avèrent non seulement être les plus grands contributeurs, mais expliquent aussi plus de la moitié des inégalités de santé selon le niveau d'éducation. Les principaux facteurs explicatifs

parmi les déterminants professionnels sont les risques ergonomiques et la supervision du travail, qui contribuent à environ 30% des inégalités selon le niveau d'éducation en matière de santé. Comme les déterminants professionnels, les conditions de vie s'avèrent être le plus grand contributeur de l'atténuation des inégalités selon le niveau d'éducation en matière de santé, dans 8 des 21 pays. Dans ces pays, les difficultés financières sont le principal contributeur, expliquant environ 50% des inégalités selon le niveau d'éducation en matière de santé en Suisse, en Hongrie et en Israël. Par contraste, des déterminants comportementaux similaires s'avèrent être les plus grands contributeurs aux inégalités selon le niveau d'éducation en Irlande, au Royaume-Uni, en Norvège, en Suède et en Espagne, expliquant entre 43% et 56% des inégalités selon le niveau d'éducation en matière de santé. Dans ces pays, la plus grande part de l'atténuation des inégalités de santé a été obtenue à partir de différents facteurs liés aux déterminants comportementaux.

Dans la plupart des pays, nous avons observé que les inégalités relatives étaient soit grandement réduites ou étaient devenues insignifiantes lorsque l'on considère deux séries de déterminants ensemble. Le fait que les facteurs comportementaux s'avèrent moins importants pour expliquer les inégalités de santé dans la plupart des pays que les facteurs professionnels et les conditions de travail souligne que la prévalence de comportements à risques en matière de santé ne suffit pas à elle seule à expliquer pourquoi les groupes les plus éduqués déclarent être en meilleure santé que les groupes moins éduqués. Dans l'ensemble, ce résultat suggère qu'il pourrait ne pas être possible de réduire de manière importante la prévalence des maladies chroniques, et de leurs schémas sociaux, seulement en augmentant le prix du tabac ou en faisant la promotion de l'activité physique. Ceci s'explique par le fait que la santé et les inégalités de santé sont profondément ancrées dans les systèmes de stratification sociale des sociétés modernes. Les politiques de redistribution des revenus et les actions en faveur de l'amélioration des conditions physiques de travail pour les professions manuelles peuvent avoir tout autant d'efficacité que les politiques visant à promouvoir un mode de vie plus sain.

Figure 3: Variations de pourcentage (c.à.d. explication) des inégalités de niveau d'éducation dans le domaine de la santé en fonction de la contribution individuelle des facteurs comportementaux, professionnels et des conditions de vie



Source: Enquête Sociale Européenne, édition 7, 2014. Note: toutes les estimations utilisées pour calculer les variations de pourcentage sont statistiquement significatives à $p < 0.1$.

Encadré 1: Ensemble de déterminants sociaux: conditions de vie, situation comportementale, situation professionnelle.

<u>Comportemental</u>	<u>Professionnel</u>	<u>Conditions de vie</u>
<ul style="list-style-type: none"> • IMC • Activité physique • Consommation de fruits & légumes • Tabagisme • Consommation d' alcool consumption 	<ul style="list-style-type: none"> • Risques matériels • Risques ergonomiques • Supervision du travail • Statut de la main d'oeuvre 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés financières pendant l'enfance • Conflits ménagers pendant l'enfance • Qualité de l'habitat • Tensions financières • Réseau social

Conclusions

Le module de l'ESS portant sur les « inégalités sociales de santé et leurs déterminants » et la comparabilité transnationale des données qu'il fournit constitue une bonne occasion d'approfondir notre compréhension des inégalités sociales de santé. Ce rapport présente un aperçu des premiers résultats importants de ce jeu de données, à partir duquel un vaste éventail d'analyse peut être réalisé.

Globalement, il apparaît nettement qu'une part importante de la population européenne fait l'expérience de tout un éventail de pathologies physiques et mentales. Il apparaît également clairement que de nombreux européens sont exposés aux facteurs sociaux et comportementaux qui ont été associés à ces pathologies. Toutefois, l'importance des problèmes de santé déclarés et l'exposition aux déterminants sociaux de la santé semblent être fortement corrélés au pays de résidence. Les recherches à venir devraient permettre de mieux comprendre le lien entre ces pathologies et les déterminants sociaux, d'élaborer et de tester les explications qui sous-tendent les divergences transnationales exposées dans

le présent rapport. Ceci devrait contribuer à l'élaboration future de politiques d'intervention dans les pays européens, afin de réduire le poids des pathologies non-communicables et des inégalités sociales de santé.

Enfin, les premiers résultats, qui font le tri entre les principaux mécanismes expliquant les inégalités selon le niveau d'éducation dans les cas de mauvais états de santé auto-déclarés, suggèrent que les mécanismes qui associent les statuts socio-économiques à la santé varient d'un pays à l'autre, et que les inégalités de santé résultent d'interactions complexes entre les conditions matérielles, professionnelles, comportementales et nationales. Par exemple, il ne semble pas être suffisant de faire la seule promotion d'un mode de vie sain pour réduire les inégalités, lorsque d'importantes inégalités persistent au niveau des conditions de vie. Le module de l'ESS « inégalités sociales de santé et leurs déterminants » nous fournit une belle occasion de déconstruire cette complexité d'une manière qui n'était pas encore possible avec des enquêtes antérieures.

Références

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). « Policies and strategies to promote social equity in health » (*Politiques et stratégies de promotion de l'égalité sociale dans le domaine de la santé*). Stockholm : Institute for Futures Studies.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Huijts, T. & Fitzgerald, R. (2016). « The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. » (*Première enquête pan-européenne sur les inégalités sociologiques en matière de santé de la population générale : module rotatif de l'Enquête Sociale Européenne portant sur les déterminants sociaux de santé*) *European Sociological Review*, Advance Access online : doi: 10.1093/esr/jcw019.
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008a). « Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries » (*Les inégalités en matière de santé en fonction du niveau d'éducation dans les différents régimes sociaux : comparaison de 23 pays européens*). *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565-582.
- Eikemo, T. A., Kunst, A. E., Judge, K., & Mackenbach, J. P. (2008b). « Class-related health inequalities are not larger in the East: a comparison of four European regions using the new European socioeconomic classification » (*Les inégalités entre les classes ne sont pas plus grandes à l'Est : comparaison des quatre régions européennes à l'aide de la nouvelle classification socio-économique européenne*). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), 1072-1078.
- Huijts, T. (2011). « Social ties and health in Europe. Individual associations, cross-national variations, and contextual explanations » (*Les liens sociaux et la santé en Europe. Associations individuelles, variations transnationales et explications contextuelles*). Radboud University Nijmegen / ICS, Nijmegen.
- Marmot, M. (2008). « *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. (*Comblent le fossé en une génération : égalité en matière de santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de santé*). Genève: Organisation Mondiale de la Santé – Commission sur les déterminants sociaux de santé.
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). « Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. » (*Les différences de sexe dans le domaine de la dépression dans 23 pays européens. Variation transnationale du fossé entre les sexes dans le domaine de la dépression*). *Social Science & Medicine*, 71, 35-313.

Notes de bas de page

ⁱ ESS7-2014 Edition 2.0, publiée le 26 mai 2016, voir www.europeansocialsurvey.org.

ⁱⁱ Autriche, Belgique, République Tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Hongrie, Irlande, Israël, Lituanie, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Slovaquie, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni. Le terrain de l'ESS7 s'est également déroulée en Lettonie, mais en raison des retards dans la collecte et le dépôt des données, les données finales ne sont pas disponibles dans le présent rapport.

ⁱⁱⁱ Des informations méthodologiques complémentaires concernant l'Enquête Sociale Européenne sont disponibles à l'adresse : www.europeansocialsurvey.org.

^{iv} Réalisée à l'aide des procédures du comité de traduction normalisée spécifiées par l'équipe scientifique centrale de l'ESS.

^v Sauf mention contraire, les analyses sont fondées sur l'échantillon complet d'environ 40 200 répondants. Les pondérations post-stratification de l'ESS ont été appliquées pour les analyses par pays. Les pondérations post-stratification et de population ont été appliquées pour les analyses combinées de données de tous les pays, ou lorsque les pays sont regroupés par régions, afin de donner à tous les pays un poids proportionnel à la taille de leurs populations dans le cadre des analyses combinées. Les résultats excluent le Danemark et les réponses constituant des refus.

^{vi} Afin de rendre les résultats comparables, nous devons connaître le profil des résultats si l'on partait de l'hypothèse que les répartitions d'âges étaient identiques dans tous les pays. Afin de réaliser cela, nous avons appliqué la technique d'épidémiologie standard de normalisation standard de l'âge, ce qui implique de pondérer, vers le haut ou vers le bas, les taux de prévalence non normalisés (bruts) selon des groupes d'âges de cinq ans dans chaque pays et selon une norme commune. Nous avons pondéré le groupe d'âge conformément à la Population Standard de l'Europe (ESP) de 2013.

^{vii} L'Europe du Nord inclut le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède. L'Europe de l'Ouest comprend l'Autriche, la Belgique, la France, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas, la Suisse et le Royaume-Uni. L'Europe centrale & orientale comprend la République Tchèque, l'Estonie, la Hongrie, la Lituanie, la Pologne et la Slovaquie. L'Europe méridionale comprend Israël, le Portugal et l'Espagne.

^{viii} Les répondants sont considérés comme présentant des symptômes dépressifs graves s'ils cumulent 10 points ou plus sur le maximum de 24 points de l'échelle de dépression fondée sur les huit items permettant de mesurer le bien-être mental présenté au Tableau 1 (les catégories de notation pour chacun de ces huit items vont de 0 à 3).

^{ix} Cette méthode statistique présente plusieurs avantages : elle reflète de manière adéquate la répartition des facteurs perturbateurs au sein de la population étudiée, ce qui permet de la déduire de la population totale. Avec la pondération post-stratification, cela permet de réaliser une comparaison fiable entre les modèles, les échantillons et les groupes, et comparé aux rapports de probabilités, les estimations issues de ces probabilités prédites sont davantage fiables, particulièrement pour les résultats non-rares. Un modèle de référence a été construit pour chaque pays afin d'analyser les associations entre SES et SRH, en ajustant en fonction du sexe, de l'âge et du handicap/de la pathologie permanente.

A propos de l'ESS

L'Enquête Sociale Européenne est une Infrastructure de Recherche Européenne (ESS ERIC) qui fournit gratuitement des données comparatives portant sur les attitudes et les comportements publics dans le temps.

L'ESS est une enquête universitaire qui est réalisée partout en Europe depuis 2001. Ses jeux de données contiennent les résultats de presque 350 000 entretiens réalisés tous les deux ans auprès de nouveaux échantillons de population. L'étude mesure les attitudes, les croyances et les schémas comportementaux de diverses populations dans plus de trente pays.

Thématiques de l'ESS:

- Confiance dans les institutions
- Participation politique
- Valeurs socio-politiques
- Valeurs morales et sociales
- Capital social
- Exclusion sociale
- Allégeances religieuses, ethniques et nationales
- Bien-être, santé et sécurité
- Composition démographique
- Niveau d'éducation et statut professionnel
- Situation financière
- Composition du ménage
- Bien-être subjectif
- Confiance dans la justice pénale
- Perceptions et expériences des âges de la vie
- Citoyenneté, participation et démocratie
- Immigration
- Famille, travail et bien-être
- Probité économique
- Organisation du déroulement de la vie

Découvrez l'ESS ERIC et accédez à ses données à l'adresse:
www.europeansocialsurvey.org

Découvrez les informations concernant les catégories de bien-être en Europe sur un site spécifiquement créé par l'ESS:
www.esswellbeingmatters.org

Suivez l'ESS sur Twitter @ESS_Survey

Soutenu par le CERS. Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions du CERS ou de l'ESS ERIC.



Publié par l'ERIC de l'Enquête Sociale Européenne C/O Centre for Comparative Social Surveys City,

University of London, Northampton Square,
London EC1V 0HB, United Kingdom

[Traduction française fournie par PROGEDO (PROduction et GEstion des DwOnnées)]

Octobre 2016

Conçu et imprimé par Rapidity

L'ESS s'est vu attribuer le statut de Consortium d'Infrastructure de Recherche Européenne (ERIC) en 2013. Au cours de l'édition 7, l'ESS ERIC était composé de 14 membres et de 2 pays observateurs.

Membres:

Autriche, Belgique, République Tchèque, Estonie, France, Allemagne, Irlande, Lituanie, Pays-Bas, Portugal, Slovénie, Suède, Royaume-Uni.

Observateurs:

Norvège, Suisse.

Autres participants:

Danemark, Finlande, Hongrie, Israël, Lettonie, Slovaquie et Espagne.

Groupes consultatifs de l'Assemblée Générale de l'ESS ERIC : Methods Advisory Board (Conseil Consultatif Méthodes - MAB), Scientific Advisory Board (Conseil Consultatif Scientifique - SAB) et le Comité Finances (FINCOM).

Le siège de l'ESS ERIC est situé à la City University de Londres, où son directeur (Rory Fitzgerald) est basé.

L'équipe scientifique centrale de l'ESS ERIC comprend le GESIS - Institut de Sciences Sociales de Leibniz (Allemagne); L'Université Catholique de Louvain (Belgique).

le NSD – Centre Norvégien pour les données de recherche (Norvège), le SCP – Institut Néerlandais de Recherche en Sciences Sociales (Pays-Bas); l'Université Pompeu Fabra (Espagne) et l'Université de Ljubljana (Slovénie).

Le Forum des Coordinateurs Nationaux (NC) implique les Coordinateurs Nationaux de l'ESS de tous les pays participants.