

1

Concepts et indicateurs

L'observation d'inégalités face à la mort entre groupes sociaux est ancienne, notée par exemple dans l'analyse de tables de mortalité dès le XVII^e siècle (Bourdelaïs, 2000). Ces inégalités face à la mort selon la position dans la structure sociale supposent de s'accorder sur une définition explicite ou implicite de la structure sociale, avec l'objectif de caractériser la position d'un individu dans la hiérarchie sociale d'une société. Les théories sociologiques mobilisées renvoient essentiellement à deux approches, avec une imprécision fréquente dans la littérature épidémiologique. La première approche utilise le terme de classes sociales qui renvoie aux théories marxistes, avec l'idée qu'une classe rassemble des personnes souvent définies par des capacités d'action collective et son inscription dans des rapports de pouvoir, formant des groupes et des catégories. Ces classes correspondent alors à une réalité dont les individus ont conscience et qui préexiste au regard du chercheur. Une autre approche, privilégiée de façon pragmatique en épidémiologie, renvoie aux travaux de Weber et est formulée en termes de stratification sociale. Les strates sont des agrégats statistiques qui regroupent des individus occupant des positions semblables, avec des perspectives d'évolution similaire. Ces strates ne renvoient pas nécessairement à une notion d'appartenance. Lorsqu'elles sont définies de plus en plus finement, la structure sociale peut apparaître ou se représenter comme un espace continu. En revanche, la classe sociale est une variable nominale et catégorique, pas une variable continue (Krieger et coll., 1997).

Inégalités sociales de santé et gradient social

Les inégalités sociales de santé ne concernent pas seulement les groupes aux marges de la société, elles traversent la société dans son ensemble et sont structurelles. Les différences d'espérance de vie, par exemple, suivent un continuum qui ne permet pas de distinguer deux groupes, pauvres et riches ou exclus et inclus. Il ne s'agit pas de phénomènes qui concernent une catégorie précaire ou vulnérable, mais de tendances qui concernent tous les groupes sociaux. Les inégalités sociales de santé ne concernent pas que la pauvreté et l'extrême pauvreté ou la misère, qui correspondent à l'une des extrémités de la hiérarchie sociale. Les questions de la précarité, visibles, s'opposent au caractère invisible

du gradient social de santé², révélé seulement par les statistiques, lorsqu'elles existent. Les inégalités sociales de santé mettent en cause l'ensemble des composantes de la société. Par conséquent, leur réduction suppose des interventions qui portent sur l'ensemble de la structure sociale et des groupes sociaux (Krieger et coll., 1997). Au cœur des deux problématiques, précarité et inégalités sociales, se trouve la question de la précarisation, qui concerne à un titre ou à un autre une large fraction de la population et aboutit à un état, la précarité. La question d'une continuité entre les deux questions est posée. Dans cette expertise, une interrogation portera sur la généralisation possible ou non des constats et modes d'intervention observés dans des populations précaires, à la population dans son ensemble, concernée par le gradient social.

Inégalités et disparités

Les inégalités sociales de santé sont systématiques, socialement construites et donc modifiables et injustes (Whitehead et Dahlgren, 2006). Le terme systématique indique que les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population.

On jugera injustes les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes. La question de la responsabilité individuelle devient alors essentielle. Mais définir la responsabilité individuelle n'est pas aisé et les théoriciens ne s'accordent pas en la matière. Pour Rawls et Dworkin, la responsabilité individuelle peut justifier des désavantages en santé, lorsque l'individu subit les conséquences de ses choix, même s'il les regrette. Par exemple, si fumer et ne pas s'assurer pour sa santé est pensé comme l'expression d'un libre choix, un système de santé qui ne prendrait pas en charge le cancer des poumons d'un fumeur pourrait être considéré comme juste. Pour Sen, au contraire, il y a responsabilité quand la personne assume aujourd'hui ses choix passés, sans les regretter (HCSP, 2010). La notion de disparités est neutre, ne fait pas référence à la justice et exprime l'existence de différences, de variabilité.

En pratique, il est pourtant souvent illusoire de penser que les comportements à risque sont l'unique expression de la responsabilité individuelle. Problèmes d'information imparfaite, de myopie temporelle ou conditionnements sociaux entachent en partie le libre arbitre des personnes, à tel point qu'il n'est pas éthiquement fondé de faire reposer sur le seul individu la totale responsabilité de ses comportements. La mise en cause de la responsabilité individuelle trouve ses limites dans les inégalités sociales de santé qui affectent les enfants (par exemple l'obésité) et préparent les inégalités sociales de santé dans trente ou quarante ans.

2. Gradient social de santé : concept traduisant le fait que les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres mais que chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que celui de la classe immédiatement supérieure.

Indicateurs et déterminants des inégalités sociales de santé

La position dans la hiérarchie sociale peut être appréhendée par des indicateurs socio-économiques tels que le revenu, la profession et l'éducation. Dans la littérature anglo-saxonne, les termes de classes sociales, de statut socioéconomique et de position socioéconomique sont souvent utilisés. Krieger souligne qu'il semble préférable d'utiliser le terme de position socioéconomique, le terme de statut socioéconomique renvoyant à la notion de prestige contrairement à celui de position, qui de plus inclut la notion de l'accès aux ressources (Krieger et coll., 1997).

On peut sans doute préciser que la limite entre les indicateurs qui permettent de mesurer la position sociale et les déterminants des inégalités sociales de santé (les facteurs liés à la situation sociale qui vont de pair avec une moins bonne santé) est importante, mais pas toujours nette. Les indicateurs permettant de positionner un individu dans la structure sociale ne renseignent pas sur les mécanismes par lesquels se constitue cette stratification des états de santé. Il s'agit d'indicateurs imparfaits, destinés à la surveillance de santé publique et dans le meilleur des cas, permettant de repérer des disparités entre régions, entre catégories sociales et conduisant à agir sur les politiques publiques dans une optique de réduction des inégalités. Une autre approche est de repérer les déterminants sur lesquels ces politiques peuvent intervenir. Les interventions de santé publique se réfléchissent au regard de la notion de chaîne de causalité et pour reprendre les termes de Rothman sur le meilleur déterminant permettant de les rompre. Utiliser comme indicateur la profession ou le niveau d'étude, repérer des gradients sociaux avec ces indicateurs, n'implique pas que les facteurs professionnels ou le niveau d'études sont les seuls déterminants majeurs de ces inégalités sociales de santé, les chemins causaux étant plus complexes.

Mesurer les inégalités sociales de santé

À partir des différents concepts évoqués ci-dessus, des indicateurs de position socioéconomique ont été bâtis ainsi que des nomenclatures. Les mesures de position socioéconomique sont mises en œuvre à plusieurs niveaux, celui de l'individu, mais aussi aux niveaux collectifs auxquels appartient l'individu, tels que la famille, le voisinage, le quartier ou encore un niveau communautaire plus large. Ces mesures doivent également considérer les évolutions dans la vie de l'individu, depuis sa naissance jusqu'à sa position actuelle, ce qui peut amener à définir la personne par la position socioéconomique d'un proche ou d'un parent et à décrire également sa trajectoire sociale sous forme de mobilité sociale au cours de la vie.

La question a été longtemps débattue de savoir si un indicateur était correct, erroné, inférieur ou supérieur à l'autre. L'analyse de la littérature montre que les différentes mesures de position socioéconomique provenant de données

individuelles, collectives et dans le temps, peuvent être informatives séparément ou de façon combinée. La réflexion par rapport au temps par exemple montre bien que le niveau d'études, fixé à la fin de l'adolescence ou au début de la période adulte, ne recouvre pas la même réalité sociale que la position socioéconomique d'un adulte qui a effectué une carrière professionnelle, marquée de facteurs de risque variés. Les deux indicateurs, niveau d'études et profession, apparaissent plus ou moins cohérents entre eux selon les études effectuées (Krieger et coll., 1997).

Il a été rapporté dans de nombreux travaux que les corrélations entre les divers indicateurs de position socioéconomique étaient faibles, avec une conséquence pratique qui est l'utilisation simultanée de plusieurs de ces indicateurs et une conséquence théorique qui est la mesure d'éléments différents ayant chacun des significations spécifiques (Abramson et coll., 1982). Il faut souligner d'emblée qu'il n'existe pas de « meilleur indicateur » de la position socioéconomique valable pour tous les objectifs et applicable dans tous les environnements. Chaque indicateur mesure différents aspects de la stratification sociale et est donc plus ou moins adapté à tel ou tel objectif. En pratique, le choix de l'indicateur est parfois pragmatique, dicté par sa disponibilité, mais tenir compte de son cadre théorique et de ses limites est important pour éviter les biais de mesure, d'interprétation ou d'ajustement.

Les indicateurs auxquels nous nous référerons concernent les pays industrialisés, d'autres indicateurs pouvant être plus pertinents dans les pays en voie de développement.

Indicateurs individuels

Classe sociale

Il y a en fait dans la littérature de santé publique peu de mesures de la classe sociale au sens marxiste. On peut simplement relever le travail de Wright, sociologue nord-américain qui a développé une mesure fondée sur un questionnaire en trois catégories explorant la possession de capital, le contrôle de l'organisation et la possession de compétences ou de diplômes.

Une autre forme de mesure socioéconomique, parfois intitulée classe sociale mais plus précisément catégorie professionnelle (« *occupational class* »), a été utilisée dans la recherche et la surveillance en Europe. La plus connue est basée sur le schéma social du *British Registrar General's social class schema* développé en 1913, dans lequel les différentes professions sont conceptualisées selon la position du travailleur dans la communauté. Les professions sont regroupées en six catégories hiérarchisées selon la qualification des travailleurs : I professions supérieures ; II professions intermédiaires ; IIINM professions non manuelles spécialisées ; IIIM professions manuelles spécialisées ; IV les professions partiellement spécialisées et V les professions non qualifiées (Krieger et coll., 1997).

Niveau d'études

Cet indicateur, utilisé fréquemment, vise à mesurer le niveau de connaissances d'une personne. Il est fortement déterminé par les caractéristiques parentales et mesure la position socioéconomique du début de la vie.

Le niveau d'études peut être mesuré comme une variable continue, en années d'études, ou comme une variable catégorielle, mesurant l'accès à tel ou tel diplôme ; le caractère continu suppose que chaque année d'études contribue de façon équivalente au développement de la personne tandis que la deuxième approche suppose l'atteinte de seuils spécifiques importants. Le niveau d'études est un déterminant important du futur emploi et de revenus. Lié aux ressources de la famille d'origine il reflète en ceci les influences à long terme à la fois des circonstances de la vie précoce sur la santé et, au travers de la profession occupée, des ressources de l'âge adulte (Dupays, 2006).

Le niveau d'études affecte le fonctionnement d'une personne dans la collectivité et son attitude vis-à-vis de la prévention et du recours aux soins (Peretti-Watel et Moatti, 2009). À noter qu'un mauvais état de santé dans l'enfance pourrait limiter le niveau d'études atteint.

Le niveau d'études est relativement facile à mesurer à l'aide de questionnaires. Mais la signification du niveau d'études varie selon les cohortes de naissance avec des différences considérables d'opportunité d'accès aux études selon les groupes inclus dans les travaux et selon l'année d'initiation de la cohorte, les personnes les moins éduquées étant surreprésentées dans les cohortes les plus anciennes. Une autre limite est que la mesure du nombre d'années d'études ne contient pas d'information sur le contenu et la qualité de ces années.

Revenus

Le revenu est l'indicateur de position socioéconomique directement lié aux ressources matérielles. Il présente des aspects dynamiques rarement pris en compte, le revenu pouvant changer rapidement et ses effets se cumulant au cours de la vie. Plutôt que le revenu individuel, c'est le plus souvent le revenu du ménage qui est mesuré. Mesurer le revenu familial suppose que sa distribution à l'intérieur de la famille soit répartie selon les besoins, ce qui peut être vrai ou non et nécessite des informations complémentaires sur la taille de la famille ou le nombre de personnes dépendantes.

Le revenu influence la santé par un accès direct aux ressources matérielles et l'accès à des services. De façon indirecte, il peut moduler l'estime de soi et, par le statut social qui lui est associé, la participation à la société. Le revenu est sujet à la causalité inverse, l'état de santé pouvant en retour affecter le revenu. Bien que volatile et fluctuant avec le temps, il figure parmi les meilleurs indicateurs de standards de vie matérielle. C'est aussi une donnée sensible, les

personnes pouvant être réticentes à donner des informations, entraînant ainsi un haut niveau de non réponse dans les études. Néanmoins, des accès indirects à ce paramètre peuvent être trouvés. Chez les personnes jeunes et âgées, le revenu peut être un reflet moins fiable de leur position socioéconomique du fait du caractère curviligne de la variation du revenu en fonction de l'âge (Krieger et coll., 1997).

Le revenu peut être utilisé comme un indicateur relatif indiquant différents niveaux de ressources et en particulier par rapport à un niveau seuil de pauvreté. Celui-ci peut faire référence à des normes sociales qui varient selon le pays et l'évolution de la société. Une approche utilisée aux États-Unis considère que le seuil de pauvreté est égal à la moitié du revenu médian national. Une autre approche fixe ce seuil à un niveau permettant la survie biologique. La mesure de la pauvreté dépend donc de la définition du seuil, cette approche de la pauvreté créant une dichotomie entre les individus qui sont au-dessus et au-dessous de cette valeur. Un inconvénient de cette approche est de masquer le gradient d'inégalités de distribution des ressources nécessaire pour approcher les inégalités sociales de santé (Krieger et coll., 1997).

Profession et emploi

Il s'agit là aussi d'un indicateur très utilisé. La profession représente la place d'une personne dans la société, en rapport avec son statut, son revenu et son niveau d'études. Elle caractérise les relations et les conditions de travail. La plupart des études utilisent la profession la plus longtemps occupée pour caractériser la position socioéconomique. Celle des parents est utilisée pour caractériser la position socioéconomique dans l'enfance.

La profession reflète plusieurs aspects. Fortement liée au revenu et donc à l'accès à d'autres ressources, elle est associée au statut social et à l'accès à certains privilèges tels que l'accès à des soins, aux études et à un environnement résidentiel. Elle reflète également les réseaux sociaux, l'exposition aux conditions de travail matérielles et psychosociales ainsi qu'à des environnements toxiques. Une grande force de cet indicateur est sa disponibilité dans beaucoup de sources de données. Sa limite est de ne pas prendre en compte les personnes sans profession. Le gradient social mesuré avec cet indicateur peut être sous-estimé du fait de l'exclusion d'une partie de la population (chômeurs, étudiants, retraités, personnes travaillant à la maison ou personnes travaillant dans des emplois informels ou illégaux). Cette limite oblige à l'utilisation de « proxys » : dernier emploi et professions occupées pour les retraités et les chômeurs ; professions du conjoint pour les personnes travaillant à la maison et profession des parents pour les enfants. Pour les retraités, l'utilisation de la profession peut ne pas correspondre aux conditions sociales de vie. La position des travailleurs indépendants est particulière cette catégorie regroupant un grand nombre de professions différentes.

Comme pour l'éducation, la profession peut avoir différentes significations selon les cohortes de naissance et les régions géographiques. La position des femmes dans le marché du travail a, par exemple, évolué considérablement dans les sociétés industrielles contemporaines. À noter qu'il existe relativement peu d'études comparant la catégorisation sociale basée sur le foyer avec des mesures individuelles, la plupart de ces études ayant comparé la position socioéconomique des femmes à la position obtenue par le foyer.

De nombreuses nomenclatures nationales ont été développées pour regrouper les individus en fonction de leur position socioéconomique sur la base de leur profession. Comme le fait remarquer Bartley, la nomenclature britannique du *Registrar-General's Social Class* a été très utilisée, mais les critères sur lesquels elle a été bâtie n'ont jamais été véritablement explicités et aucun travail de validation n'a été entrepris. Selon ce même auteur, la première classification avec une référence théorique est celle correspondant au schéma d'Erikson-Goldthorpe (Bartley et coll., 1999). Cette nomenclature qui a remplacé depuis 2000 la précédente classification britannique en est très proche. Elle classe les travailleurs sur la base des relations et des conditions de travail, avec à l'extrémité supérieure de l'échelle des niveaux élevés d'indépendance dans la pratique de la profession, de confiance et d'autorité déléguée, et à l'autre extrémité très peu de contrôle sur le travail. Cette classification ne capture pas nécessairement un gradient de santé entre les groupes du fait de l'absence de rang hiérarchique clair. Elle a pu être utilisée en Europe comme un indicateur socioéconomique dans les comparaisons internationales d'inégalités de santé. Les professions sont classées en 11 groupes. Les différents états de santé sont associés essentiellement aux relations de travail et à l'autonomie dans le travail, aux différents systèmes de récompenses au travail ; la latitude décisionnelle constituant un élément de classification. Une de ses limites est que les relations de travail ont évolué et que cette classification devra peut-être être revue. Elle s'applique également très mal à certains contextes nationaux, comme la France ou la Grèce (Brousse et coll., 2006).

La NS-SEC britannique (*National Statistics Socio-Economic Classification*) est très similaire au schéma d'Erikson-Goldthorpe, les professions sont regroupées en 7, 5 ou 3 niveaux. Le regroupement en trois niveaux permet une classification hiérarchique. Ses limites sont celles de la classification d'Erikson-Goldthorpe. L'*European Union's Socio-Economic Classification Project* (ESeC) est basée sur ce schéma (Brousse, 2009). Des travaux sont aujourd'hui engagés à l'échelle européenne pour construire une typologie qui s'applique mieux aux différents contextes nationaux.

La classification française des Professions et Catégories Socio-professionnelles (PCS) a évolué depuis le XIX^e siècle, suivant les accords collectifs entre salariés, employeurs et l'État. Des correspondances avec les classifications d'autres pays en Europe font l'objet de travaux pour établir des correspondances (Brousse, 2009).

Les chômeurs constituent bien entendu une catégorie à part dans la mesure où ils sont exclus de la force de travail. D'autres indicateurs liés au travail, utilisés pour mesurer la position socioéconomique, sont la sécurité du travail et le type d'emploi, à durée déterminée, indéterminée, ou encore intérimaire (Galobardes et coll., 2007).

Patrimoine

Le patrimoine est une mesure continue qui rassemble le revenu et les biens, notamment immobiliers. L'hypothèse est que le patrimoine est une meilleure mesure de la position socioéconomique d'une personne et donc un meilleur prédicteur de la santé. Le patrimoine inclut les ressources immobilières, les voitures, les investissements, les héritages ou les droits aux pensions. Son importance peut changer au cours de la vie, prenant plus d'importance avec l'âge. Il s'agit cependant d'une information difficile à obtenir.

Possession d'un logement, conditions et qualité d'habitat

Les caractéristiques du logement mesurent les aspects matériels des circonstances socioéconomiques.

La caractéristique la plus courante utilisée comme indicateur est la propriété du logement. Parmi les qualités du logement sont incluses l'accès à l'eau courante chaude et froide, les salles de bains... Ces indicateurs des circonstances matérielles peuvent être associés à des mécanismes de maladie. Parmi ces indicateurs qui ont été trouvés utiles, notamment en Grande-Bretagne, figure l'accès à une voiture, qui peut être une nécessité dans certaines zones géographiques. La surpopulation du logement est également un marqueur de niveau socioéconomique faible.

Certains indicateurs innovants prennent en compte la mesure du niveau socioéconomique du quartier, tels que l'indicateur *Broken windows index* qui mesure la qualité des logements, les voitures abandonnées, les graffitis, les ordures, la détérioration de l'école publique.

Ces indicateurs reflètent surtout les circonstances matérielles et le logement. Généralement, la composante principale de la richesse de la plupart des personnes est un indicateur multi-facettes parfois difficile à interpréter. Relativement faciles à collecter, ils indiquent possiblement des mécanismes des effets des inégalités sociales sur la santé. Ils peuvent néanmoins être extrêmement spécifiques de contexte temporel et géographique.

Indicateurs composites

Des indicateurs composites intégrant plusieurs des indicateurs précités ont été développés, mais l'intérêt croissant pour la recherche des mécanismes reliant

inégalités sociales et santé a conduit à les utiliser de façon moins fréquente. Ils peuvent être utilisés lorsque la position socioéconomique est utilisée comme un facteur d'ajustement. Leur composition est complexe et le *Duncan index* ou encore le *Hollingshead index of social position* sont des exemples de tels indicateurs composites.

L'approche américaine évoquée précédemment et conceptualisant la pauvreté en rapport avec la survie biologique a été élargie. On peut citer le travail de Townsend, partant de l'analyse que les humains sont des êtres sociaux qui, outre la survie biologique, ont des besoins matériels, sociaux et spirituels, en rapport avec les normes de leur société et de leur culture. Ce sociologue britannique a développé un index de privation, basé sur 77 items à destination des individus. Dans cet index, les fonctions biologiques de survie sont enrichies d'éléments de privation sociale qui se réfèrent au droit au travail, à la vie familiale, à l'intégration dans la communauté, à la participation formelle aux institutions sociales, aux loisirs et à l'éducation. Townsend a créé aussi, en partant de la même démarche, des mesures géographiques de privation matérielle, développées plus loin, également associées au nom de Carstairs (Krieger et coll., 1997).

Indicateurs subjectifs de position socioéconomique

Ce type d'approche a été utilisé et validé essentiellement chez l'adulte. Dans le travail de Karvonen et Rahkonen (2011), les mesures obtenues avec des indicateurs subjectifs ont été comparées à des mesures objectives de statut social personnel et familial dans une population d'adolescents de 15 ans. Le statut social subjectif se trouve fortement associé avec l'ensemble des mesures de santé. Cette association est atténuée après ajustement sur les mesures objectives de statut socioéconomique. Les auteurs évoquent la possibilité que, chez les jeunes en particulier, l'évaluation subjective reflète des aspects de statut familial qui échappent aux hiérarchies conventionnelles. Cette mesure est donc significativement liée au statut social indépendamment des mesures objectives de catégorie socioéconomique (Singh-Manoux et coll., 2005).

Indicateurs géographiques

Des indicateurs écologiques ou géographiques sont également utilisés. Le plus souvent, il s'agit d'agrégations de données individuelles provenant de petites zones géographiques et issues des bases de données administratives. Utilisés pour caractériser les zones géographiques, ces indicateurs peuvent servir de « proxy » pour évaluer la position socioéconomique des personnes vivant dans ces zones.

Dans beaucoup de ces indicateurs on retrouve la proportion de chômeurs, de cols bleus ou de travailleurs manuels, de personnes à niveau d'études élevé, ces différents éléments étant combinés pour créer des scores composites. En

Grande-Bretagne, le *Townsend index* est l'outil de mesure le plus connu, utilisant le taux de chômage, la proportion de foyers sans voiture, de foyers non propriétaires de leur logement, la proportion de maisons avec une densité supérieure à une personne par pièce. D'autres index similaires existent, tels le *Carstairs index*.

Une limite de cette approche est qu'il est difficile de savoir si les relations entre la santé et les caractéristiques des zones sont liées aux caractéristiques socioéconomiques des personnes qui vivent dans ces zones ou aux caractéristiques des zones elles-mêmes. Une autre question est la dynamique d'évolution des quartiers et le temps passé par les individus dans ces zones.

Plusieurs indices composites destinés à mesurer la pauvreté au niveau géographique ont été développés en France. On peut citer l'indicateur de Challier et Viel (2001), développé à partir des données du département du Doubs, inspiré de l'indice de Carstairs. Plus récemment, un nouvel indicateur a été élaboré par Rey et coll. (2009) : il s'agit de l'index de privation FDep99, développé au niveau des communes et inspiré des mêmes indices britanniques. Basé sur une construction statistique et validé en termes de prédiction de mortalité, il comporte quatre variables : le revenu médian par logement, le pourcentage de titulaires du baccalauréat dans la population de plus de 15 ans, le pourcentage d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage. Un index similaire a été développé par l'équipe de Havard et coll. (2008) et validé dans deux métropoles françaises, Lille et Strasbourg.

Conçu pour une utilisation internationale, puisqu'il s'adresse au Canada, à la Colombie, au Brésil, à la Chine et à l'Inde, l'indicateur EPOCH (*Environmental Profile of a Community's Health*) vise à décrire les services et infrastructures dans la communauté : présence de publicité, de boutiques, de trottoirs et évaluation des boutiques et restaurants. La validation de cet instrument n'est pas acquise, mais sa faisabilité a été rapportée par Chow et coll. (2010). Enfin, on peut citer un indicateur développé en France, qui devrait permettre les comparaisons européennes (Pornet et coll., 2012a).

Ces indicateurs géographiques peuvent être utilisés avec des objectifs extrêmement différents. Considérés comme des « proxys », ils permettent de pallier l'absence de données sociales et socioéconomiques individuelles dans les registres, les bases de données administratives et les dossiers médicaux. C'est par exemple l'approche de Domínguez-Berjón et coll. (2006) qui, utilisant plusieurs indicateurs socioéconomiques géographiques et les comparant avec des indicateurs individuels, constatent que les liens avec les différents indicateurs de santé sont les mêmes. L'autre approche est de considérer les mesures géographiques comme des mesures réellement environnementales, en utilisant des méthodes d'analyses statistiques multi-niveaux, et de se donner pour tâche de séparer les influences sur l'état de santé imputables à l'environnement et celles imputables aux caractéristiques économiques individuelles.

Ces approches se heurtent à plusieurs difficultés : limites de définition des zones basées sur les zones administratives, limites liées à l'évolution sociologique des quartiers avec le temps et à l'effet migration, et sélection de population entre les zones géographiques.

Limites des indicateurs

Des travaux menés en France et aux États-Unis ont montré que le lien entre santé perçue et santé « objective » variait avec le niveau social. Une même pathologie est davantage perçue comme dégradant la santé par les catégories favorisées que par les autres groupes socioéconomiques. Pour une même pathologie, les personnes des catégories favorisées ont une perception plus objective de leur état de santé que celles des catégories défavorisées (qui sous-estiment leur maladie) (Delpierre et coll., 2009a). Ces mêmes travaux ont montré que ces liens varient selon les pays, ce qui rend complexe l'interprétation des comparaisons internationales. Le risque souligné par ces travaux est donc que l'utilisation de la santé perçue masque les inégalités sociales de santé. Une illustration en est donnée dans les comparaisons internationales publiées ces dernières années. Certains auteurs proposent de remédier à ces difficultés en utilisant un outil qui permet de détecter et corriger les problèmes de comparabilité des réponses à un questionnaire d'autoévaluation, les vignettes étalons (Lardjane et Dourgnon, 2007). La France se situe à un niveau élevé d'inégalités sociales de santé si la mortalité est l'indicateur utilisé. En revanche, si la santé perçue est l'indicateur de choix, alors les inégalités apparaissent peu marquées dans notre pays (Delpierre et coll., 2009a).

Les limites des indicateurs socioéconomiques font l'objet de plusieurs publications dont les résultats ne sont pas toujours cohérents. Dans un travail sur une cohorte d'hommes écossais suivis 25 ans, MacLeod et coll. (2005) analysent les prédicteurs de la mortalité en comparant différents indicateurs socioéconomiques. Dans les analyses pleinement ajustées, la perception de leur position au travail était faiblement associée à la mortalité, les circonstances objectives matérielles dans l'enfance étant les déterminants plus importants. Singh-Manoux et coll. (2002), à partir de la cohorte britannique Whitehall, analysent trois modèles comparant les valeurs prédictives du niveau d'études, de la profession et du revenu sur la santé. Les auteurs attirent l'attention sur le fait que la comparaison de leur importance relative n'a pas de sens si les relations causales entre ces différents indicateurs socioéconomiques ne sont pas prises en compte, en particulier le fait que le niveau d'études, atteint dans la période de l'adulte jeune, est prédictif des revenus et de la profession ultérieure.

Dans une revue générale, Braveman et coll. (2005) soulignent la complexité de l'utilisation de ces indicateurs socioéconomiques. On retrouve

des différences de revenus pour un niveau donné d'études, de patrimoine, de passé socioéconomique et de niveau socioéconomique actuel, ou encore des différences d'environnement socioéconomique pour un niveau donné de statut socioéconomique individuel, dans divers groupes de populations (notamment ethniques aux États-Unis). Ces résultats soutiennent la non-interchangeabilité de ces indicateurs et leur signification différente selon les populations.

Soulignons cette difficulté qui consiste à trouver, dans un but de surveillance des populations, des indicateurs de position socioéconomique aisément disponibles et permettant de caractériser un grand nombre de personnes dans des catégories différentes, et à rechercher des déterminants, des facteurs ou des indicateurs ayant un sens.

Différences de conceptions des inégalités sociales

Certains économistes refusent « de confondre disparités de mortalité par niveau d'éducation et inégalités sociales de mortalité » (Grignon et Jusot, 2008). Ils semblent admettre une mesure des inégalités sociales de santé fondée sur le revenu mais rejettent le terme d'inégalités concernant le lien entre niveau d'études et santé, préférant celui de disparités, du fait de deux directions de causalité possibles, l'une exogène (les études influent la santé) et l'autre endogène (la santé influe sur le niveau d'études). Pour les épidémiologistes, les deux directions de la causalité existent, mais cela concerne autant le niveau d'études que les revenus et il n'y a pas un indicateur de hiérarchie sociale, mais plusieurs. En revanche, les économistes utilisent volontiers la santé perçue, bien qu'une association forte ait été montrée entre perception et position socioéconomique (Delpierre et coll., 2009b).

Indicateurs dans différentes populations

Chez les femmes

Un groupe de population pour lequel l'utilisation des indicateurs a été difficile est celui des femmes. Jusque dans les années 1990, la grande majorité des études empiriques a assigné comme position socioéconomique aux femmes celle du « chef de famille ». Cette position était basée sur le fait que les femmes avaient une activité encore souvent essentiellement familiale et une insertion intermittente dans le monde du travail. On peut noter que, dans des travaux britanniques, le gradient social n'était retrouvé qu'en utilisant la profession du partenaire ou de l'époux et non celle propre de la femme. L'évolution de l'insertion des femmes dans le monde du travail a modifié cette situation (Saurel-Cubizolles et coll., 2009).

Chez les personnes âgées

Chez les personnes âgées, l'utilisation des indicateurs classiques est problématique. Les revenus proviennent des pensions, du patrimoine et, dans une optique matérialiste, sont moins proches de la réalité que chez les personnes jeunes. Chez les personnes âgées, les facteurs comportementaux sont davantage liés à l'éducation qu'aux autres indicateurs de position socioéconomique et les mesures liées au travail ont un intérêt limité dans cette population. Des indicateurs tels que le revenu du foyer, l'accès à des voitures, la possession du logement, de même que des indicateurs écologiques ont donc été proposés. Dans un travail de Grundy et Holt (2001), les revenus produisaient les gradients les plus cohérents avec les variables de santé mais la difficulté avec cet indicateur concerne la collecte de données. L'histoire professionnelle nécessitait un recueil particulier complexe et le niveau d'études exposait aux biais liés aux effets cohorte. Les auteurs concluaient que la meilleure approche serait de combiner un indicateur individuel basé sur la catégorie professionnelle ou l'éducation avec un indicateur de privation.

Chez les enfants et adolescents

Recueillir des données sur la position socioéconomique des adolescents en vue de leur utilisation dans la recherche sur les inégalités sociales de santé est délicat car les jeunes peuvent ne pas savoir ou ne pas vouloir révéler des informations sur la position socioéconomique et la profession de leurs parents. Ce thème d'étude n'a pas été très exploré jusqu'à la dernière décennie. Un indicateur intitulé *the Family Affluence Scale* (FAS) a été développé depuis un peu plus d'une dizaine d'années et exploré dans l'étude HBSC (*Health Behavior in School-aged Children*). Cet indicateur est composé d'un ensemble de quatre items portant sur la possession d'une voiture par la famille, la possession de sa propre chambre par l'adolescent, l'accès à des vacances et enfin l'accès à un ordinateur (qui a remplacé l'ancien item d'accès à un téléphone). Cet indicateur a été corrélé à plusieurs états de santé et s'est montré prédictif de résultats sanitaires chez les adolescents. Il a été suggéré de pondérer les différents items selon les pays et les besoins ressentis. Une validation de l'indicateur FAS a été obtenue par comparaison des déclarations des adolescents avec celles des parents (Currie et coll., 2008) ; elle demande à être confirmée par des travaux de recherche critique. Une autre approche chez les adolescents a consisté à utiliser le statut social subjectif.

Dans la perspective d'étudier l'influence de l'enfance sur la santé, quelques travaux ont exploré la validité de données rétrospectives recueillies plusieurs décennies auparavant. Sur une série de 57 patients, les informations données sur la position socioéconomique du père ou l'adresse dans l'enfance se sont montrées exactes (Berney et Blane, 1997). Une étude sur 352 paires de jumelles a rapporté une concordance de 91 % pour la position socioéconomique du père et de 82 % pour leur propre position socioéconomique (Krieger et coll., 1998).

Inégalités sociales de santé : données statistiques

Mortalité

Les inégalités sociales de mortalité en France sont connues depuis une cinquantaine d'années, plus précisément depuis la mise en place par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), à la suite du recensement de 1954, d'une enquête longitudinale dont le but était l'étude de la mortalité différentielle. Plus récemment, ce dispositif a été complété par des estimations sur l'espérance de vie sans incapacité, à partir des données de l'Enquête décennale santé de l'Insee.

À 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 6 ans de plus que les ouvriers. À ces inégalités de mortalité s'ajoutent des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Sur les 47 années d'espérance de vie, un cadre supérieur de 35 ans peut espérer en vivre 34 (73 %) sans aucune incapacité (difficultés visuelles, auditives, de la marche ou des gestes de la vie quotidienne). Un ouvrier, lui, vivra en moyenne 24 ans sans incapacité, soit 60 % du temps qui lui reste à vivre. Pour les femmes, les écarts d'espérance de vie sont plus réduits, deux ans entre les ouvrières et les cadres supérieurs dont l'espérance de vie à 35 ans approche 51 ans. Mais à 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre, en moyenne, les 22 dernières années de sa vie avec une incapacité contre 16 années pour une femme cadre supérieure. Les différences persistent aux âges élevés et à 60 ans, les problèmes fonctionnels courants concernent 45 % des années d'espérance de vie des cadres et 62 % de celles des ouvriers ; alors que pour les problèmes les plus sévères, les chiffres sont de 9 et 16 % respectivement. Il existe donc pour les catégories de niveau social moins favorisé une « double peine » portant sur la durée de vie mais aussi sur les conditions de celle-ci (Cambois et coll., 2008 ; Cambois et Jusot, 2011).

Quelles évolutions ?

Depuis 1968, la mortalité a globalement diminué mais certaines catégories de population en ont plus profité que d'autres. Pour les hommes âgés de 55 à 64 ans, les écarts de mortalité entre niveaux socioéconomiques ont augmenté : le risque de décès dans les 7 ans est resté stable entre 1968 et 1996 pour les hommes sans diplôme tandis que ce risque a baissé de façon constante pour les hommes titulaires d'un diplôme supérieur. Les comparaisons étendues à l'ensemble des classes d'âge et des catégories de diplôme montrent que, globalement, les inégalités liées au niveau d'études ont augmenté depuis 1968 et ce, pour les hommes comme pour les femmes. Si l'on considère uniquement les personnes qui travaillaient à la date d'un recensement, on constate que les inégalités sociales de mortalité entre catégories socioprofessionnelles sont restées sensiblement de même ampleur entre 1968 et 1996, ceci pour les deux sexes. En revanche si on

considère l'ensemble de la population (en activité ou non au recensement), les inégalités ont nettement augmenté. Les inégalités de mortalité ont donc augmenté durant la période, du fait d'une augmentation des écarts entre les actifs qui ont un emploi rémunéré et ceux qui ne travaillent pas. Les inactifs ont une mortalité plus élevée et leur nombre a augmenté entre 1990 et 1996 par rapport aux périodes précédentes en raison de l'augmentation de chômage et de la difficulté à accéder à un emploi ou le conserver (HCSP, 2010 ; Leclerc et coll., 2008).

Données selon le genre

Jusque dans les années 1990, les inégalités sociales de santé étaient plus faibles chez les femmes que chez les hommes. L'évolution de l'insertion des femmes dans le monde du travail a modifié cette situation, si bien qu'en France les inégalités sociales de mortalité cardiovasculaire sont aujourd'hui plus marquées chez les femmes que chez les hommes (Saurel-Cubizolles et coll., 2009).

Comparaison de la France par rapport aux autres pays européens

Les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes. Ceci a été documenté de façon précise pour la période 1980-1989, dans onze pays européens (Mackenbach et coll., 2008). Pour les hommes de 45 à 59 ans, le taux de mortalité des travailleurs manuels rapporté à celui des travailleurs non manuels, était de 1,7 en France, 1,5 en Finlande, 1,4 en Angleterre et Pays de Galles, 1,4 en Suède, et inférieur à 1,4 dans les autres pays (Irlande, Norvège, Danemark, Suisse, Italie, Espagne, Portugal). Un examen plus précis des données montre qu'en France, la mortalité des hommes exerçant des métiers non manuels est comparable à celle de leurs homologues ailleurs en Europe. Si la France est dans une situation particulière, c'est que la mortalité des hommes de 45 à 59 ans exerçant des métiers manuels est particulièrement élevée.

Une décennie après ces premiers travaux, la position de la France en Europe n'a pas changé par rapport aux pays étudiés antérieurement. Sa position ne se trouve améliorée qu'après inclusion de pays d'Europe centrale dans lesquels les inégalités sont encore plus marquées (Mackenbach et coll., 2008).

Cette situation particulière de la France tient principalement à l'ampleur des inégalités observées pour certaines causes de décès : cancers autres que cancers du poumon, dont les cancers des voies aéro-digestives supérieures et la cirrhose du foie (Leclerc et coll., 2008).

Pour les femmes, une comparaison fondée sur le niveau d'études atteint, indicateur qui permet de classer également les femmes qui ne participent pas au marché du travail, montre que les inégalités de mortalité sont plus marquées dans le Sud que dans le Nord de l'Europe (Gallo et coll., 2012).

Modèles et déterminants sociaux des inégalités sociales de santé

Modèles théoriques

Avant d'aborder ce que peut recouvrir concrètement le terme de déterminants sociaux de la santé, nous évoquerons deux débats qui permettent de montrer l'enjeu que représentent les modèles théoriques élaborés pour concevoir comment les disparités sociales pourraient agir sur la santé. L'épidémiologiste britannique Geoffrey Rose a introduit un double niveau de réflexion à la fois au niveau des individus et des populations (Rose, 1985). Selon Rose, le rôle de l'épidémiologie consiste non seulement à savoir quels facteurs expliquent que tel ou tel individu est « malade », mais aussi quels facteurs expliquent que telle ou telle population est « malade ». Son exemple concerne la violence urbaine et les caractéristiques des personnes qui passent à l'acte. En Angleterre et aux États-Unis, les facteurs individuels associés à ces violences sont les mêmes : il s'agit d'adultes jeunes et plus souvent des hommes que des femmes. Cette approche individuelle montre donc des résultats similaires dans les deux populations, mais si on compare l'incidence des événements dans ces deux pays, une réflexion apparaît nécessaire sur les facteurs qui sont susceptibles d'expliquer pourquoi l'incidence des homicides est plus de 20 fois supérieure dans une société que dans une autre. Ce raisonnement, qui analyse deux niveaux de déterminants, individuels d'une part et collectifs de l'autre, est naturellement une voix de recherche très féconde pour des interventions de santé publique. Ainsi, le modèle classique strictement individuel et fondé sur « un facteur de risque, une maladie » ne permet pas ce type d'analyse.

Une autre discussion classique sur le sens de la causalité, de la santé vers le social ou du social vers la santé, illustre la nécessité de réfléchir à des modèles complexes pour analyser les déterminants sociaux de la santé. À cette question de causalité, la cohorte britannique de 1958 (*NCDS : National Child Development Study*) avait permis de répondre. Un état de santé précaire pendant l'enfance peut gêner le déroulement des études et entraver le niveau de réussite socioprofessionnelle. Cet effet de sélection lié à la santé existe donc, mais il apparaît relativement faible, comparé au sens de causalité principale. Plus tardivement dans la vie, une dégradation de l'état de santé ou une maladie provoquant un handicap favorise la perte d'emploi (sélection par la santé), renforçant ainsi le lien entre mauvais état de santé et conditions socioéconomiques difficiles. Cet effet reste lui aussi faible par rapport au sens principal de causalité. Plutôt que d'opposer deux phénomènes qui seraient antagonistes, sélection par la santé ou causalité, les travaux actuels soulignent la succession de ces processus au cours de la vie.

Modèles multiniveaux : apport des déterminants sociaux individuels et collectifs

L'étude du rôle de l'environnement physique et social dans lequel vit la personne, indépendamment des caractéristiques sociales de l'individu lui-même,

a été stimulée par l'utilisation des modèles multiniveaux³. Les mécanismes par lesquels les effets de voisinage (de quartier) jouent sur la santé sont probablement concurrents, et ils interviennent sans doute de manière variable selon les pathologies. Un effet de sélection pourrait théoriquement contribuer à expliquer certaines associations observées, mais il y a peu d'arguments empiriques en faveur de cette hypothèse.

Des mécanismes directs évidents reliant l'environnement et la santé impliquent les caractéristiques physiques de la zone de résidence (pollution de l'air, trafic routier, bruit). L'environnement physique peut aussi faciliter certains comportements de santé. La disponibilité et le prix des différents aliments, la possibilité d'exercer une activité physique selon la zone de résidence en sont des exemples.

Les caractéristiques sociales du voisinage telles que la cohésion ou la désorganisation sociale peuvent jouer un rôle, mais le nombre d'études sur ces dimensions est encore faible. Un effet de « contagion » est une possibilité théorique qui n'a pas fait l'objet d'études. Cet effet ne concerne pas seulement les maladies infectieuses, mais des comportements considérés comme « individuels » tels que le tabagisme, voire le suicide. Enfin, l'environnement peut être un lieu d'interaction sociale duquel dérivent les valeurs, les attentes et les habitudes des personnes. Au total, les études multiniveaux récentes ont confirmé que des effets compositionnels et contextuels sont des déterminants sociaux de la santé majeurs. Si, dans la plupart des études, les limites administratives sont retenues pour des questions de faisabilité, le niveau géographique pertinent n'est pas le même selon que l'on considère les problèmes de santé ou les mécanismes potentiels reliant position socioéconomique et santé.

Enchaînement des causes au cours de la vie

L'exemple de la sélection des conditions socioéconomiques par la santé cité ci-dessus montre que la santé se construit dans un mouvement dynamique des déterminants sociaux de la santé tout au long de la vie de l'individu (*Life Course Epidemiology*). De nombreuses études ont montré que les conditions du développement foetal durant la vie intra-utérine d'une part, les conditions de vie dans la petite enfance d'autre part, étaient prédictives de la survenue des maladies à l'âge adulte. Différents modèles ont été proposés, modèles non exclusifs, mais complémentaires. Le modèle cumulatif considère que l'effet observé sur la santé résulte de la somme cumulée au cours de la vie des effets péjoratifs des différents facteurs de risque sur l'individu. Cet effet d'accumulation est aussi bien transversal, puisque certains individus cumulent à un moment donné les facteurs de

3. Modèles multiniveaux : outils statistiques utilisés notamment en épidémiologie sociale pour analyser les données contextuelles des groupes d'individus en tant que tels et des variations intergroupes. Ils permettent de modéliser les effets de l'environnement (géographique, économique et social) sur l'individu.

risque (travail, habitat, environnement), que longitudinal (cumul de la petite enfance à l'âge adulte). Un deuxième modèle souligne l'importance de périodes critiques ou sensibles au cours desquelles certains facteurs de risque sont susceptibles d'altérer durablement l'état de santé. L'état nutritionnel maternel, qui a une influence majeure sur le développement foetal, en est un exemple. Le modèle des chaînes de causalité (« pathways ») quant à lui met l'accent sur l'enchaînement des phénomènes. Ces chaînes causales peuvent faire intervenir des mécanismes biologiques (obésité), qui conduisent eux-mêmes à un certain nombre de pathologies (diabète...). Mais ces trajectoires sont également sociales. Les conditions sociales de la petite enfance vont conduire à favoriser certaines trajectoires personnelles et professionnelles, elles-mêmes en cause dans la détermination de l'état de santé (Lang, 2009).

Chaînes de causalité

De la même façon que l'idée de suivre les enchaînements de causes depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte s'est imposée progressivement, elle s'applique à l'analyse transversale et synchronique. Cette façon d'envisager les « causes » est fondamentale dans le domaine des déterminants sociaux de la santé. Pour Helman, « L'idée de cause a perdu toute autre signification que celle de la désignation pragmatique du point dans la chaîne des événements où une intervention serait la plus pratique » (Lang et coll., 2009). Il s'agit de garder à l'esprit que chaque facteur de risque est un maillon, dans une chaîne que l'on peut parfois, mais pas toujours, reconstituer de bout en bout (figure 1.1).

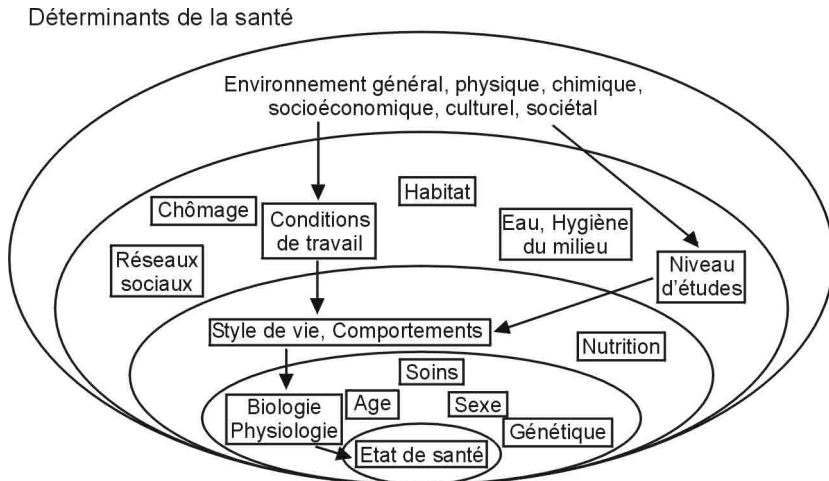


Figure 1.1 : Emboîtement des déterminants de la santé. Causes proximales, causes intermédiaires, causes fondamentales

Tirée de : Inégaux face à la santé. Du constat à l'action. Leclerc A, Kaminski M, Lang T, Éditions La Découverte, Paris, 2008. Reproduite avec l'autorisation de l'éditeur

L'« aval » biologique des facteurs de risque est admis et intégré. Mais la notion qu'il existe un « amont » dans cette chaîne de causalité est bien plus rarement soulignée. Les différents déterminants sociaux de la santé ne se limitent pas à la personnalité d'une adolescente qui commence à fumer, mais intègrent son comportement dans un ensemble plus vaste, social, économique et sociétal. Ces chaînes de causalité peuvent remonter à des causes qualifiées de « fondamentales », que l'on retrouve à l'origine de nombreuses pathologies ou comportements. Le revenu et le niveau d'études, la politique économique et sociale, la politique de l'éducation font partie de ces causes fondamentales.

Déterminants socioéconomiques et environnementaux des inégalités sociales de santé

Les déterminants socioéconomiques et environnementaux étant extrêmement nombreux, il est nécessaire de les regrouper en utilisant des classifications. Celles-ci diffèrent selon l'angle d'approche privilégié pour aborder les inégalités sociales de santé.

Parmi les théories élaborées pour conceptualiser les relations entre position socioéconomique et santé, on distingue trois grandes approches correspondant à des familles de mécanismes. La première est matérialiste : les personnes avec des revenus élevés peuvent acquérir une nourriture de meilleure qualité, des habitats de meilleure qualité, vivre dans des environnements plus sûrs et avoir un meilleur accès aux soins. La seconde souligne le rôle des facteurs de risque comportementaux et des conditions de vie telles que le tabac, l'alimentation, la consommation d'alcool et l'utilisation pertinente des soins qui peuvent être liés aux capacités cognitives et à l'accès à l'information. La troisième approche met l'accent sur les facteurs psychosociaux (tels que l'*empowerment*⁴, le statut social relatif, l'intégration sociale, l'exposition au stress), à un statut social peu élevé correspondant un faible niveau d'autonomie de décision dans les domaines importants de la vie tels que le travail.

Bambra a proposé une classification des principales théories utilisées pour expliquer les inégalités sociales (Bambra, 2011) :

- artefacts : les inégalités socioéconomiques n'existeraient pas vraiment mais seraient le résultat des données utilisées et des méthodes de mesure ;
- sélection par l'état de santé : la santé déterminerait la position socioéconomique plutôt que l'inverse ;
- culturelle-comportementale : les inégalités sociales seraient liées à des différences de comportement de santé entre catégories sociales. De telles

4. *Empowerment* : capacité des personnes à mieux comprendre et mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci.

différences de comportement seraient elles-mêmes les conséquences de désavantages sociaux, avec une acceptabilité culturelle des comportements défavorables à la santé plus importante dans les groupes défavorisés ;

- matérialiste ou néo-matérialiste : cette théorie met l'accent sur le revenu et les biens que le revenu permet d'acquérir ;
- psychosociale : théorie centrée sur la perception des inégalités sociales et leurs conséquences biologiques sur la santé. Les inégalités entraîneraient des sentiments de subordination ou d'infériorité sur le long terme, pouvant se transformer en stress chronique ;
- théorie de l'épidémiologie biographique : reprend l'ensemble des autres explications.

Dans le texte qui suit, nous proposerons de distinguer trois grandes familles de déterminants des inégalités sociales de santé : les facteurs socioéconomiques, les comportements de santé et le système de santé.

Facteurs socioéconomiques

Un débat scientifique oppose les tenants de mécanismes psychosociaux valorisant les perceptions et les relations sociales, et d'autres insistant sur les conditions matérielles « objectives ». L'approche matérialiste accorde un rôle primordial aux conditions matérielles et à leurs conséquences sur la santé. L'accès à l'eau, l'alimentation, les expositions chimiques et physiques figurent dans cette approche. Dans cette hypothèse, les comportements « individuels de santé » sont davantage considérés comme le produit de structures sociales que comme le produit de responsabilités individuelles. À l'inverse, l'approche psychosociale suppose que les conditions matérielles ont moins d'influence sur la santé, au moins dans les sociétés développées, que le « stress » psychologique associé avec la perception d'un désavantage socioéconomique. Pour Wilkinson, par exemple, le revenu ne permet pas prioritairement l'accès à des biens physiques ou matériels, mais indique le statut social. Les réseaux sociaux, en rapport avec le nombre de contacts sociaux, amicaux, familiaux, professionnels ou de voisinage d'une personne, et le support social qu'ils peuvent apporter, illustrent ce double aspect matériel et psychosocial puisque le soutien peut être d'ordre informationnel, émotionnel, affectif mais aussi matériel ou financier. La littérature a montré depuis longtemps les liens entre réseau social et santé (Leclerc et coll., 2008).

On relèvera que les deux approches, psychosociale et matérialiste, ne sont pas antagonistes. Ainsi, les conditions de travail des employés et ouvriers en France en 2007 restent marquées par une pénibilité physique, des expositions à des facteurs nocifs physiques et chimiques qui entrent dans le cadre matérialiste. Dans le même temps, les travaux sur l'organisation du travail ont montré toute l'importance de l'approche des facteurs psychosociaux qui sont à considérer indépendamment des facteurs individuels : il s'agit de comprendre

comment l'organisation du travail, sur laquelle on peut agir, se traduit en vécu pour des individus. Par exemple, citons le modèle du déséquilibre efforts-récompenses qui permet de donner une représentation de l'environnement au travail tout en réduisant sa complexité et en couvrant à la fois des aspects relevant de la personne et des dimensions plus larges du contexte socioéconomique (Leclerc et coll., 2008).

En France, les questions sur l'appartenance « ethnique » dans les statistiques nationales font débat. Les personnes issues de l'immigration appartiennent majoritairement aux catégories sociales défavorisées. La question se pose de savoir si, au-delà de leur appartenance sociale et des conditions matérielles de vie, des discriminations diverses (liées à la couleur de peau, au lieu de naissance ou au patronyme) pourraient exercer des influences péjoratives sur la santé. Les indicateurs épidémiologiques devraient spécifier les différents types de discrimination rencontrés, distinguer la discrimination perçue pour soi et perçue pour le groupe, la peur de la discrimination et la discrimination réelle. Ces approches sont peu développées dans notre pays, mais curieusement, également aux États-Unis où les populations noires subissent de front les inégalités sociales de santé.

De nombreuses études montrent l'influence du niveau d'études et du revenu sur la santé, à tous les âges de la vie. Le niveau d'études est un acquis fondamental de l'individu au début de sa vie. Il influence les styles de vie et les comportements de santé, oriente vers une profession, un niveau de revenu et donc une catégorie sociale. Il est protecteur vis-à-vis du chômage, et prédit aussi l'exposition plus ou moins forte aux contraintes de travail péjoratives pour la santé. L'éducation intervient donc sur la santé par des voies indirectes, en complément des effets directs qui peuvent être liés aux connaissances acquises, à la capacité à en acquérir d'autres (Leclerc et coll., 2008).

Le contexte socioéconomique des parents conduit, au début de la vie adulte, à constituer ce que les auteurs britanniques appellent un capital de santé et un potentiel de revenus. Le capital de santé est l'ensemble des ressources de santé physique et psychosociale hérité et acquis pendant les premières phases de la vie, qui va déterminer le potentiel de santé pour le futur. Le potentiel de revenus inclut l'ensemble des qualifications et d'études acquis durant l'enfance et l'adolescence, qui va déterminer le niveau d'emploi et de revenus de l'adulte, ses capacités à trouver du travail et donc, *in fine*, sa santé (Lang et coll., 2009).

Comportements de santé

L'analyse des comportements de santé « individuels » renvoie à un environnement social, mais aussi à une histoire personnelle et collective. L'étude de l'association entre comportements de santé et inégalités sociales de santé fait l'objet d'un autre chapitre de cet ouvrage (voir le chapitre « Rôle des comportements de santé »).

Système de soins

Malgré la confusion fréquente dans notre pays entre inégalités sociales de santé et inégalités d'accès aux soins, les soins ne jouent pas un rôle central au niveau des inégalités sociales de mortalité. En effet, ils occupent une place très limitée pour des causes de décès qui contribuent fortement aux inégalités. C'est le cas pour des cancers à mauvais pronostic, comme le cancer du poumon. De même, pour l'obésité, les pistes d'explication ne concernent pas le système de soins dont le rôle potentiel varie selon les dimensions de santé considérées.

Au-delà de la mortalité, la qualité des soins joue un rôle majeur sur les limitations fonctionnelles ou la qualité de vie (douleurs...). L'accès des populations à des soins de bonne qualité tend à varier de façon inverse à leurs besoins de santé, et cela d'autant plus que les soins médicaux sont exposés aux forces du marché. La « loi des soins inverses » (*Inverse care law*) a été proposée en 1971 par J.T. Hart, médecin généraliste britannique, dans le but de réduire ces disparités d'accès aux soins. À ce sujet, il est utile de distinguer l'accès primaire aux soins, lié à un manque de protection sociale ou à des problèmes de coût, et l'accès secondaire, après un premier contact avec le système de santé (Lombrail, 2007). Une partie de l'origine des inégalités trouve sa source dans le système lui-même, souvent mal adapté pour prendre en compte la dimension sociale d'un problème de santé.

La couverture complémentaire est un élément déterminant de l'accès aux soins, et la part laissée à la charge du patient au cours des 20 dernières années a eu tendance à s'accroître et représente en France autour de 25 % des dépenses de santé. Dans l'enquête Soins et Protection Sociale (SPS), 14 % de la population adulte déclarent avoir renoncé au moins une fois dans les douze mois précédents à des soins de santé pour des raisons financières (Lombrail, 2007).

La question de l'accès aux soins et du coût des soins ne doit pas être sous-estimée. Les barrières liées au revenu ou à la couverture sociale ont, de façon évidente, des conséquences en termes d'inégalités devant la santé. Il serait cependant erroné de considérer que c'est l'unique source d'inégalités. Le système de soins, tel qu'il fonctionne en routine, maintient et parfois amplifie les inégalités (Lombrail, 2007). Si la survie dans le mois qui suit un événement coronarien aigu est meilleure chez les cadres, ce n'est pas que la prise en charge hospitalière diffère selon la situation sociale. L'origine des différences se situe avant l'hospitalisation, et même avant l'épisode aigu. Les cadres ont une plus forte probabilité de ne pas décéder entre l'accident et leur arrivée à l'hôpital, et ont également bénéficié antérieurement d'une prise en charge plus complète de leurs problèmes cardiaques (Leclerc et coll., 2008). De façon générale, les progrès thérapeutiques se diffusent plus rapidement dans les groupes sociaux favorisés. Les soins préventifs, les démarches de dépistage précoce, tendent aussi à être utilisés de façon inégalitaire, même quand il n'existe pas de barrière de coût. Par exemple, si 14 % des femmes de 50 à 75 ans, disant

d'une bonne couverture sociale, n'ont pas eu de mammographie dans les 3 dernières années, ce pourcentage varie de 7 % pour le quintile de revenus les plus élevé à 26 % pour le quintile le plus bas, avec un gradient entre les deux extrêmes (Allonier et coll., 2008). Il est encourageant de noter qu'entre 1995 et 2005 en France, c'est parmi les femmes aux revenus modestes que la pratique du dépistage a le plus progressé, ce qui laisse penser qu'un dépistage organisé est plus égalitaire qu'un dépistage individuel (Baudier et coll., 2007 ; Pornet et coll., 2012b).

La nature des obstacles qui limitent l'utilisation des soins est beaucoup moins documentée. Parmi les facteurs associés retrouvés dans la littérature, on note : le sentiment de faible efficacité personnelle (*self-efficacy*), une faible estime de soi, l'isolement social, les charges familiales, les ressources financières pour l'accès aux produits ou en termes de priorité d'action, les transports, la relation au système de santé, la honte ou le sentiment de culpabilité incitant au repli sur soi, les problèmes de stress au travail, les représentations de l'image du corps ou des soins du corps (Leclerc et coll., 2008)...

Une étude portant sur le dépistage du cancer du côlon en Grande-Bretagne donne également quelques pistes (Wardle et coll., 2004). Les auteurs évoquent un plus grand fatalisme dans les catégories sociales défavorisées (amenant à penser qu'il n'est pas utile de faire un test car « ce qui doit arriver arrivera »), une mauvaise perception de l'avantage du dépistage (ne pas être certain que « le dépistage réduit le risque de cancer »), et aussi la peur liée à la démarche (« le dépistage va me faire m'inquiéter du cancer »).

Il n'y a pas que le comportement des patients qui soit en cause dans les inégalités de soins. Dans l'étude Entred 2007-2010 (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques), le risque de mauvais contrôle glycémique était deux fois plus élevé chez les diabétiques sans diplôme que chez les diabétiques plus diplômés. Il est intéressant de noter que la proportion de fonds d'œil réalisés dans la surveillance régulière, donc sur prescription médicale, était deux fois plus faible chez les patients non diplômés (Robert et coll., 2009). Les travaux sur la relation entre médecin et malade, étudiant la concordance de leurs déclarations, donc la mémoire de ce qui s'est joué dans une consultation, montrent des différences selon le niveau d'études. Ces résultats suggèrent que les relations du patient avec son médecin, les anticipations et peut-être le niveau de compréhension mutuelle pourraient varier selon le niveau d'études du patient (Kelly-Irving et coll., 2011 ; Schieber et coll., 2011).

En conclusion, au-delà de l'organisation des connaissances, le choix des déterminants sociaux de la santé plus ou moins proximaux ou fondamentaux dans la chaîne des causalités a-t-il des conséquences sur les interventions en matière de santé ? Les contributeurs les plus importants au fardeau des maladies dans la région OMS Europe sont en 2002, par ordre d'importance : le tabac,

l'hypertension artérielle, l'abus d'alcool, l'hypercholestérolémie, le surpoids, la consommation insuffisante de fruits et légumes, la sédentarité, les drogues, les maladies sexuellement transmissibles et la carence en fer. Mais l'abord par les causes fondamentales fait apparaître les politiques commerciales néolibérales, les inégalités de revenu, la pauvreté, les risques liés au travail et enfin le manque de cohésion sociale (Whitehead et Dahlgren, 2006).

Thierry Lang

*Inserm U 558, Maladies chroniques, pratiques de soins
et facteurs socioéconomiques, Toulouse*

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMSON JH, GOFIN R, HABIB J, PRIDAN H, GOFIN J. Indicators of social class. A comparative appraisal of measures for use in epidemiological studies. *Soc Sci Med* 1982, **16** : 1739-1746

ALLONIER C, DOURGNON P, ROCHEREAU T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Rapport Irdes, 2010

BAMBRA C. Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle'. *J Epidemiol Community Health* 2011, **65** : 740-745

BARTLEY M, SACKER A, FIRTH D, FITZPATRICK R. Understanding social variation in cardiovascular risk factors in women and men: the advantage of theoretically based measures. *Soc Sci Med* 1999, **49** : 831-845

BAUDIER F, MICHAUD C, GAUTIER A, GUILBERT P. Le dépistage du cancer du sein en France : pratiques et évolution des habitudes dans la population des femmes de 18 à 75 ans, Baromètre santé 2004-2005. *BEH* 2007, **17** : 142-144

BERNEY LR, BLANE DB. Collecting retrospective data: accuracy of recall after 50 years judged against historical records. *Soc Sci Med* 1997, **45** : 1519-1525

BOURDELAIS P. L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne. In : Les inégalités sociales de santé. LECLERC A, FASSIN D, GRANDJEAN H, KAMINSKI M, LANG T (eds). Paris, 2000

BRAVEMAN PA, CUBBIN C, EGERTER S, CHIDEYA S, MARCHI KS, et coll. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *JAMA* 2005, **294** : 2879-2888

BROUSSE C. ESeC: the European Union's socio-economic classification project. *Courrier des statistiques, English series* 2009, **15** : 27-36

BROUSSE C, MONSO O, WOLFF L. Is prototype ESeC Relevant a classification to depict employment relations in France? European Commission Sixth Framework Programme, Development of a European Socio-economic Classification (ESeC). Document de travail, Insee, Direction des statistiques démographiques et sociales, 2006

CAMBOIS E, LABORDE C, ROBINE JM. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et Sociétés* 2008, **441** : 1-4

CAMBOIS E, JUSOT F. Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France. *Eur J Public Health* 2011, **21** : 667-673

CHALLIER B, VIEL JF. Relevance and validity of a new French composite index to measure poverty on a geographical level. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2001, **49** : 41-50

CHOW CK, LOCK K, MADHAVAN M, CORSI DJ, GILMORE AB, et coll. Environmental Profile of a Community's Health (EPOCH): an instrument to measure environmental determinants of cardiovascular health in five countries. *PLoS One* 2010, **5** : e14294

CURRIE C, MOLCHO M, BOYCE W, HOLSTEIN B, TORSHEIM T, et coll. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med* 2008, **66** : 1429-1436

DELPIERRE C, LAUWERS-CANCES V, DATTA GD, BERKMAN L, LANG T. Impact of social position on the effect of cardiovascular risk factors on self-rated health. *Am J Publ Health* 2009a, **99** : 1278-1284

DELPIERRE C, LAUWERS-CANCES V, DATTA GD, LANG T, BERKMAN L. Using self-rated health for analysing social inequalities in health: a risk for underestimating the gap between socioeconomic groups? *J Epidemiol Community Health* 2009b, **63** : 426-432

DOMÍNGUEZ-BERJÓN F, BORRELL C, RODRÍGUEZ-SANZ M, PASTOR V. The usefulness of area-based socioeconomic measures to monitor social inequalities in health in Southern Europe. *Eur J Public Health* 2006, **16** : 54-61

DUPAYS S. En un quart de siècle, la mobilité sociale a peu évolué. Données sociales - La société française. Édition 2006. Insee, Paris, 343-349

GALLO V, MACKENBACH JP, EZZATI M, MENVIELLE G, KUNST AE, et coll. Social inequalities and mortality in Europe - results from a large multi-national cohort. *PLoS One* 2012, **7** : e39013

GALOBARDES B, LYNCH J, SMITH GD. Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull* 2007, **81-82** : 21-37

GRIGNON M, JUSOT F. Commentaire sur l'article de G. MENVIELLE. *Rev Epidemiol Santé Publ* 2008, **56** : 209-213

GRUNDY E, HOLT G. The socioeconomic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2001, **55** : 895-904

HAVARDS, DEGUEN S, BODIN J, LOUIS K, LAURENT O, et coll. A small-area index of socio-economic deprivation to capture health inequalities in France. *Soc Sci Med* 2008, **67** : 2007-2016

HCSP (HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE). Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. La Documentation Française, Paris, 2010, 104 p

KARVONEN S, RAHKONEN O. Subjective social status and health in young people. *Sociol Health Illn* 2011, **33** : 372-383

KELLY-IRVING M, DELPIERRE C, SCHIEBERA AC, LEPAGE B, ROLLAND C, et coll. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education? *Soc Sci Med* 2011, **73** : 1416-1421

KRIEGER N, WILLIAMS DR, MOSS NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health* 1997, **18** : 341-378

KRIEGER N, OKAMOTO A, SELBY JV. Adult female twins' recall of childhood social class and father's education: A validation study for public health research. *Am J Epidemiol* 1998, **147** : 704-708

LANG T, KELLY-IRVING M, DELPIERRE C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Rev Épidémiol Santé Publ* 2009, **57** : 429-435

LARDJANE S, DOURGNON P. Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons. *Économie et Statistique* 2007, **403-404** : 165-177

LECLERC A, KAMINSKI M, LANG T. Inégaux face à la santé. Du constat à l'action. La Découverte/Inserm Editions, Paris, 2008, 300 p

LIBERATOS P, LINK BG, KELSEY JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988, **10** : 87-121

LOMBRAIL P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Rev Épidémiol Santé Publ* 2007, **55** : 23-30

MACKENBACH JP, STIRBU I, ROSKAM AJ, SCHAAP MM, MENVIELLE G, et coll. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008, **358** : 2468-2481

MACLEOD J, SMITH GD, MATCALFE C, HART C. Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status? Evidence from a prospective observational study of Scottish men. *Soc Sci Med* 2005, **61** : 1916-1929

PERETTI-WATEL P, MOATTI JP. Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérivés. Collection La République des idées, Éditions du Seuil, 2009

PORNET C, DELPIERRE C, DEJARDIN O, GROSCLAUDE P, LAUNAY L, et coll. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *J Epidemiol Community Health* 2012a, **66** : 982-989

PORNET C, DEJARDIN O, GUITTET L, QUERTIER MC, BOUVIER V, LAUNOY G. Influence de l'environnement socioéconomique et de l'offre de soins sur la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, Calvados (France), 2004-2006. Numéro thématique. Dépistage organisé du cancer du sein *BEH* 2012b, 413-417

REY G, JOUGLA E, FOUILLET A, HEMON D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1. *BMC Public Health* 2009, **9** : 33

ROBERT J, ROUDIER C, POUTIGNAT N, FAGOT-CAMPAGNA A, WEILL A, et coll. Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. *BEH* 2009, **42-43** : 455-460

ROSE G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985, **14** : 32-38

SAUREL-CUBIZOLLES MJ, CHASTANG JF, MENVIELLE G, LECLERC A, LUCE D, EDISC GROUP. Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *J Epidemiol Community Health* 2009, **63** : 197-202

SCHIEBER AC, KELLY-IRVING M, ROLLAND CH, AFRITE A, CASES CH, et coll. Do doctors and patients remember the same elements of the cardiovascular risk-factors' management after the consultation? the INTERMEDE study. *Brit J Gen Pract* 2011, **61** : 178-183

SINGH-MANOUX A, CLARKE P, MARMOT M. Multiple measures of socio-economic position and psychosocial health: proximal and distal measures. *Int J Epidemiol* 2002, **31** : 1192-1199

SINGH-MANOUX A, MARMOT MG, ADLER NE. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosom Med* 2005, **67** : 855-861

WARDLE J, MCCAFFERY K, NADEL M, ATKIN W. Socioeconomic in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. *Soc Sci Med* 2004, **59** : 249-261

WHITEHEAD M, DAHLGREN G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1. WHO Collaborating Center for policy research on social determinants of health (ed.). WHO Europe, 2006