

# Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples

**À 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie inférieure de sept ans à celle d'un cadre. D'où proviennent les inégalités sociales de santé ? Outre la classe sociale, les comportements individuels à risque, de multiples déterminants sociaux autres jouent un rôle dans la construction des inégalités. État des connaissances.**

La France et les pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent des indicateurs de santé publique : allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc. Pourtant, les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable. L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées. Par exemple, en France, les cadres ont gagné plus d'années de vie que les ouvriers : à ce jour, à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie réduite de sept ans par rapport à celle d'un cadre ou d'un professionnel libéral. Cet écart est de trois ans pour les femmes. Ce constat des différences de mortalité entre catégories socioprofessionnelles a été fait, en France, depuis les années 1970, avec les travaux de l'Insee. Même constat si l'on analyse les différences entre catégories socioprofessionnelles pour les indicateurs de morbidité, de santé perçue, d'incapacités ou d'invalidité, ou pour des pathologies spécifiques... (enquêtes et études de l'Insee, l'Irdes, l'Inserm, la Drees, etc.) (1-6). À souligner, ces écarts de mortalité selon la catégorie socioprofessionnelle se sont aggravés chez les hommes, alors qu'ils demeurent stables pour les femmes. Par ailleurs, au sein même du pays, s'ajoutent des disparités régionales. En France, un gradient Nord-Sud existe, en défaveur du Nord. L'espérance de vie d'un homme vivant en Ile-de-France est la plus élevée, soit 77 ans, alors qu'elle n'est que de 73 ans dans le Nord-Pas-de-Calais (pour les femmes, elle est respectivement de 84 ans contre 81 ans).

## Constat partagé

Ce phénomène d'inégalités est également observé dans tous les pays, riches ou en développement (7, 8). Dans son exposé, lors des Journées de la prévention, le professeur S. Leonard Syme rappelait qu'au États-Unis un homme noir habitant à Harlem a quinze années d'espérance de vie de moins qu'un homme blanc vivant à quelques kilomètres, dans le quartier des musées de New York City. Bien évidemment, les écarts varient selon les pays, selon leur situation économique et selon les indicateurs analysés. En Europe, la France fait partie, avec la Finlande, des pays qui enregistrent les plus grands écarts.

## Gradient social

Il existe donc un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. Ce constat ne concerne pas seulement les personnes les plus défavorisées, en situation de précarité ou de pauvreté. Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres. Même si les écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée sont les plus grands, les épidémiologistes ont pu objectiver des écarts existant pour l'ensemble de la hiérarchie sociale. Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure<sup>1</sup>. Ce phénomène est résumé par le terme de « gradient social » des inégalités de santé. Il n'existe pas une définition universelle des inégalités

sociales de santé, terme qui n'est pas répertorié dans les lexiques ou glossaires de santé publique ou de promotion de la santé disponibles. Si l'on se réfère à la définition des inégalités de santé de la BDSP<sup>2</sup>, par similitude, on pourrait écrire que les inégalités sociales de santé sont des « *différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé* » observées entre des groupes sociaux.

## Rôle des déterminants sociaux de la santé

L'épidémiologie clinique a permis de faire des progrès dans l'identification de facteurs de risque (par exemple, l'alcool, le tabac, etc.) responsables de pathologies clairement identifiées comme les premières causes des décès en France (cancer, pathologies cardiovasculaires, etc.). Aussi, les inégalités semblaient trouver là une explication simple et une solution tout aussi simple, inciter les populations à ne pas adopter des comportements à risque. Mais, aussi troublant que cela puisse paraître, les comportements individuels ne sont pas le facteur qui prédomine pour expliquer les inégalités constatées. Ces facteurs individuels de risque ne peuvent pas à eux seuls expliquer les différences sociales de santé. Le recours à cette seule explication a été remis en cause par différents travaux de recherche, dont les travaux de chercheurs britanniques<sup>3</sup> qui ont montré qu'au mieux le mode de vie expliquerait un tiers des écarts constatés. Il ressort de ces études, corroborées par des travaux similaires sur la population française<sup>4</sup>, qu'il faut chercher ailleurs des explications.

### L'importance des facteurs sociaux

En effet, à facteurs de risque égal au regard des comportements individuels, d'autres facteurs pour lesquels un lien direct n'est pas établi (comme l'est, par exemple, le lien entre tabac et cancer du poumon) apparaissent statistiquement liés à l'état de santé. Ces facteurs, appelés déterminants sociaux de la santé, sont multiples, semblent agir en interactions complexes et avoir un lien avec la répartition socialement observée des comportements défavorables à la santé. Les travaux de recherche en épidémiologie sociale apportent des éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux, qui bousculent l'approche biomédicale

de la santé, prédominant en France, et qui interpellent les fondements sociaux de la société (9). Dans son rapport de 2002, le Haut Comité de la santé publique prenait la mesure du rôle du social : « ... les inégalités sociales de santé constituent ainsi l'une des facettes (et une conséquence) des inégalités sociales ». Des spécialistes de la question réunis par l'INPES l'ont également rappelé lors des Journées de la prévention. Leurs propos et les exemples illustrant ce regard croisé Angleterre, États-Unis, Suède, Pays-Bas, Canada... (voir l'article d'Yves Géry) confirment que les inégalités naissent avant tout dans l'organisation sociale et politique des pays.

Le modèle descriptif le plus récent qui rassemble l'ensemble des déterminants reconnus est celui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présenté dans le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé (7, 8, 10). Il est fondé sur les interactions que des déterminants dits « structurels » des inégalités sociales de santé ont avec des déterminants dits « intermédiaires » de l'état de santé.

### Principaux déterminants des inégalités

Les déterminants structurels sont ceux qui sont liés au contexte politique et économique du pays. Ils influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques. On y trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société, les revenus, l'éducation, l'occupation, la puissance, le prestige, etc. Ces déterminants ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité de quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.

### Creuset familial ou sociétal ?

Différentes théories explicatives existent et diffèrent selon l'importance donnée à l'un ou l'autre de ces déterminants. Certaines privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'au-

tres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie (11). Ces courants ne sont pas exclusifs l'un de l'autre et sont même plutôt complémentaires. Dans une étude récente, une équipe de l'Irdes a montré que le milieu social d'origine et l'état de santé des parents influent sur l'état de santé des enfants à l'âge adulte. Cependant, cette situation défavorable peut être partiellement compensée si la personne atteint un niveau d'éducation supérieur à celui de ses parents (12). L'impact de la période de la petite enfance sur les inégalités mesurées à l'âge adulte est une piste très explorée. Par exemple, la mise en œuvre de certains programmes de prévention précoce dans la petite enfance a permis d'objectiver une réduction des inégalités de santé à l'âge adulte (13). Ces programmes ont en commun d'apporter un soutien aux parents et d'intervenir auprès des enfants afin de renforcer leurs capacités d'agir. Il s'agit de développer un certain nombre de compétences (maîtrise du langage, de la lecture, lutte contre l'échec scolaire, développement de l'estime de soi, etc.) qui visent à renforcer les capacités d'avoir un contrôle sur sa destinée. Ces travaux font écho au rôle

accordé aux facteurs psychosociaux, par opposition à la prédominance des facteurs matériels, dans la genèse des inégalités sociales de santé. Ces facteurs renvoient aux capacités d'agir des personnes : à savoir la capacité de participer pleinement à la vie sociale et le sentiment de maîtrise de sa destinée. Ces capacités sont d'autant plus élevées que l'on appartient à une catégorie socialement favorisée. Le sentiment de maîtrise de sa destinée était apparu comme un facteur explicatif des différences de l'état de santé dans les résultats des travaux sur la cohorte anglaise de Whitehall.

### Comment le social passe sous la peau

Au-delà des hypothèses explicatives, nombreuses à ce jour, il existe désormais un consensus pour dire que tous ces déterminants interviennent, sans que l'on puisse expliquer complètement comment ils interviennent, si l'un prédomine sur l'autre ou comment les hiérarchiser. Notamment, « *la manière dont les inégalités produites par les sociétés s'expriment dans les corps, dont le social se transcrit dans le biologique* » (14) ou, autrement dit, « *comment le social passe sous la peau* » reste encore largement inexpliquée. Il y a donc nécessité pour la recherche de pour-

suivre ou d'amplifier, en France notamment, les travaux sur les facteurs explicatifs et leurs liens dans la genèse des inégalités sociales de santé (*voir l'interview d'Alfred Spira*). Les données de la recherche sont fondamentales afin de pouvoir proposer des stratégies d'actions efficaces mais la réduction des inégalités sociales de santé nécessite la mise en œuvre de politiques publiques intersectorielles (7, 8), comme l'ont rappelé les intervenants étrangers venus de pays qui figurent parmi ceux ayant une réflexion stratégique plus avancée sur ce sujet.

**Marie-José Moquet**

Médecin, chef du département Qualité des pratiques et formation, Ddeset, INPES.

1. En France, le classement de la population selon la profession et catégorie sociale se réfère à celui utilisé par l'Insee. Site Insee : <http://www.insee.fr>

2. Quatre cents concepts de santé publique et de promotion de la santé.

En ligne : <http://www.bdsp.esesp.fr/Glossaire/Default.asp>

3. La cohorte de Whitehall I a été constituée en 1967-1969. Elle incluait 19 015 hommes fonctionnaires britanniques âgés de 40 à 69 ans, qui ont fait l'objet d'un examen clinique et leur mortalité a été suivie jusqu'en 1987. En 1985, une nouvelle cohorte Whitehall II a inclus 10 308 sujets. Travaux de M. Marmot.

4. La cohorte Gazel a été constituée en 1989. Elle est composée de 20 625 agents d'EDF-GDF volontaires (15 011 hommes et 5 614 femmes), âgés de 35 à 50 ans à l'inclusion et qui seront suivis jusqu'à leur décès.

## ► Références bibliographiques

(1) Michel É., Jouglia É., Hatton F. *Mourir avant de vieillir*. Insee Première, n° 429 ; février 1996 : 4 p.

En ligne : [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP429.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP429.pdf)

(2) Monteil C., Robert-Bobée I. *Les différences sociales de morbidité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*. Insee Première, n° 1025 ; juin 2005.

En ligne : [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1025.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1025.pdf)

(3) Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Inserm-La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 448 p.

(4) Jouglia É., Rican S., Pequignot F., Le Toulec A. *Disparités sociales de mortalité*. La Revue du praticien 2004 ; 20 (54) : 2228-32.

(5) Drees. *Disparités régionales de santé. À partir des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. Décembre 2006.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/disparites/disparites.pdf>

(6) Drees. *L'état de santé de la population en France, en 2006*. Drees, décembre 2006.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees>

(7) OMS. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on social determinants of health (CSDH). Final Report, août 2008.

(8) OMS. *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Commission on social determinants of health (CSDH). Résumé analytique du rapport final, août 2008.

(9) Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. *Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé*. Sciences sociales et santé, 2002 ; n° 4 (20) : 75-128.

(10) OMS. *A Conceptual Framework for action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health (CSDH). Discussion paper for the Commission*

on social determinants of health. Draft, April 2007.

(11) Aiach P., Fassin D. *L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé*. La Revue du praticien 2004 ; 20 (54) : 2221-27.

(12) Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents*. Questions d'économie de la santé, n° 118, février 2007.

En ligne : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2007.html>

(13) Paquet G. *Partir du bas de l'échelle. Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal, 2005 : 152 p.

(14) Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., Leclerc A. *Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé*. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Inserm-La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 13-24.