

Les inégalités sociales de santé sont présentes dans tous les pays. Parmi les facteurs qui déterminent l'état de santé d'un individu, les facteurs sociaux, moins bien étudiés que les facteurs biologiques, sont pourtant nombreux. Ils sont d'ordre environnemental, comportemental ou sont liés au système de santé. L'état de santé et la situation sociale interagissent de façon complexe, dans un processus dynamique tout au long de la vie. Les trajectoires de santé et les trajectoires sociales sont souvent confondues. Pour agir sur l'état de santé des populations et tenter d'en réduire les inégalités, différents moyens sont possibles, mais pour qu'ils soient efficaces, leur utilisation nécessite une prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

La santé se construit dans un environnement social

Thierry Lang, UMR 558 Inserm ; Université Toulouse III ; Institut Fédératif de Recherche Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS) ; Toulouse, France

Les différences d'espérance de vie sont très variables d'un pays à un autre, mais également à l'intérieur d'un même pays. Elles suivent globalement un gradient social : plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne [1]. Ces inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées en France [2]. Comment peut-on expliquer cette relation forte entre facteurs sociaux et état de santé ?

L'état de santé d'un individu est la conséquence de plusieurs déterminants. Ces déterminants sont des facteurs biologiques, mais aussi comportementaux, environnementaux, ou sont liés au système de santé. Parmi les facteurs environnementaux, on distingue l'environne-

ment biologique, physique, chimique, géographique, économique, socio-économique et culturel (Figure 1).

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [3] souligne que les pré-requis de la santé sont la paix, le fait de disposer d'un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, des ressources et un écosystème stables, la justice sociale et l'égalité. Cette charte fait référence à des éléments désignés aujourd'hui sous le terme de « déterminants sociaux de la santé ».

Les déterminants sociaux de la santé désignent l'environnement social (au sens large), le contexte dans lequel les personnes vivent et travaillent. Ils conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, éco-

nomiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement.

UNE GRANDE VARIÉTÉ DE DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Parmi les déterminants de la santé décrits dans la Figure 1, tous sauf les déterminants biologiques sont des déterminants sociaux. Parmi ces derniers, on distingue ceux qui sont directement liés à la condition sociale, comme le fait d'être chômeur, et ceux qui y sont indirectement liés, comme l'environnement physique et chimique. Pour ce déterminant, par exemple, il a été montré que les popula-

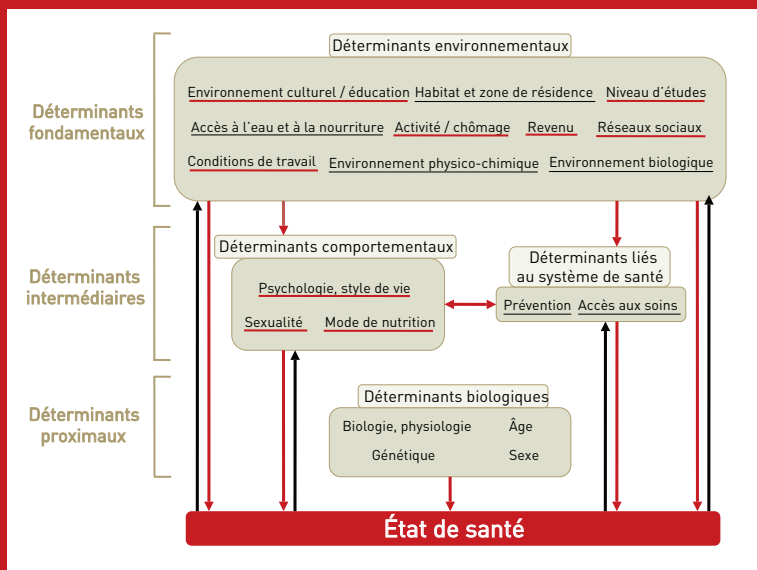


Figure 1. Les déterminants de la santé.
 Les déterminants soulignés sont les déterminants sociaux de la santé. Soulignés en rouge : déterminants sociaux « directs », soulignés en noir : déterminants sociaux « indirects » (voir texte).

tions défavorisées sont plus exposées au bruit et aux perturbateurs endocriniens que celles à plus hauts revenus [4]. Il est donc légitime de les considérer comme des déterminants sociaux de la santé. Concernant les déterminants environnementaux, un débat scientifique oppose les tenants de mécanismes psychosociaux d'un côté, qui valorisent les perceptions que les personnes ont de leur environnement ainsi que les relations sociales, et les « matérialistes » de l'autre, qui insistent sur les conditions matérielles « objectives » (l'accès à l'eau, l'alimentation, les expositions chimiques et physiques) [5]. Dans ce deuxième modèle, les comportements individuels de santé sont considérés comme le produit de structures sociales plus que de responsabilités individuelles. À l'inverse, le modèle psychosocial suppose que des conditions matérielles défavorables ont moins d'influence sur la santé, au moins dans les sociétés développées, que le « stress » psychologique associé à la perception d'un désavantage socio-économique [6]. Beaucoup de travaux portant sur le lien entre santé et facteurs psychosociaux ont été menés dans le domaine des maladies cardio-vasculaires et de la santé mentale. Ces études montrent l'importance des réseaux sociaux (contacts sociaux, amicaux, familiaux, professionnels ou de voisinage d'une personne) dans la prise en

charge et l'évolution de ces maladies. Elles illustrent cette double influence matérielle et psychosociale, puisque le soutien social peut être d'ordre informationnel, émotionnel, affectif, mais aussi matériel ou financier. De nombreuses études montrent par ailleurs 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 a un impact sur le style de vie, oriente vers une profession, un niveau de revenu et donc vers une catégorie sociale. Il est protecteur vis-à-vis du chômage, et prédit aussi une exposition plus ou moins forte aux contraintes de travail délétères pour la santé (Figure 2). Il influence aussi les comportements vis-à-vis de 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 et à la capacité à en acquérir d'autres. Encore plus en amont, le contexte socio-économique 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 héritées et acquises pendant les premières phases de la vie et qui va déterminer le potentiel de santé pour le

futur. Le potentiel de revenus inclut l'ensemble des qualifications et d'études acquises 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. L'accès au système de santé est également considéré comme un déterminant social de la santé. Ce déterminant recouvre à la fois la prévention, et la façon dont sont pris en charge les problèmes de santé. Même si le rôle du système de santé n'est pas central concernant la mortalité, il agit sur d'autres aspects de la santé, comme la qualité de vie, la dépendance, voire la santé perçue par l'individu lui-même. Le système de santé possède un rôle de médiateur entre la santé et les déterminants plus fondamentaux comme le niveau d'étude. En effet, l'accès, le fonctionnement, l'efficacité et les performances du système de soins sont étroitement liés au niveau socio-économique.

DES INTERACTIONS COMPLEXES ET DYNAMIQUES ENTRE LES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET LA SANTÉ

L'état de santé et la situation sociale agissent l'un sur l'autre de façon complexe. Un état de santé précaire pendant l'enfance peut gêner le déroulement des études et entraver le niveau de réussite socioprofessionnelle. Inversement, des conditions d'environnement socio-économique difficile peuvent être la source d'une dégradation de l'état de santé, voire de handicap, qui favorise la perte d'emploi. Ces processus peuvent se succéder au cours de la vie, de façon circulaire. Les chercheurs en épidémiologie¹ considèrent que la santé se construit dans un mouvement dynamique de ces déterminants sociaux de la santé tout au long de la vie de l'individu. Il a par ailleurs été montré que les conditions du développement fœtal durant la vie intra-utérine d'une part, les conditions de vie dans la petite enfance de l'autre, étaient prédictives de la survenue des maladies

1. L'épidémiologie étudie la distribution des événements de santé dans les populations, ainsi que les déterminants de ces événements de santé.

à l'âge adulte (maladies cardiovasculaires, cancers, etc.)[4].

Différents modèles permettent de comprendre comment les déterminants sociaux agissent sur l'état de santé tout au long de la vie en tant que véritables facteurs de risque. Le modèle cumulatif considère que l'effet global observé sur la santé résulte de la somme cumulée au cours de la vie des effets négatifs exercés par les 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 risque (travail pénible, habitat défavorisé, et environnement toxique), que longitudinal (cumul des facteurs de risque de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte). Un deuxième modèle souligne l'importance de périodes critiques 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 fœtal, en est un exemple. Un troisième modèle, complémentaire des deux premiers, est celui des chaînes de causalité. Il met l'accent sur l'enchaînement des phénomènes. Ces chaînes causales peuvent faire intervenir des mécanismes biologiques (l'obésité par exemple), qui conduisent eux-mêmes à un certain nombre de

pathologies (le diabète et l'hypertension artérielle dans le cas de l'obésité). Mais ces trajectoires sont également et principalement 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. L'idée de suivre les enchaînements de causes depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte s'est imposée progressivement dans l'étude des déterminants sociaux de la santé.

En épidémiologie classique, on envisage les « causes » d'une pathologie en recherchant des facteurs de risque dans le cadre d'une conception probabiliste de la causalité. Dans le domaine des inégalités sociales de santé, ces facteurs de risque sont pris en compte, mais ils sont intégrés dans une chaîne de causalité que l'on essaie de reconstituer de bout en bout. Si le tabac est reconnu comme facteur de risque pour le cancer du poumon, dans le cas d'une adolescente qui commence à fumer, plusieurs déterminants sociaux entrent en ligne de compte. Sa personnalité bien sûr, mais également son comportement dans un ensemble plus vaste, économique et social. Ces chaînes de causalité peuvent remonter à des causes qualifiées de « fondamentales », que l'on retrouve à l'origine de nombreuses patho-

logies ou comportements. Le revenu et le niveau d'études des individus, la politique économique et sociale et la politique d'éducation du pays de résidence font partie de ces causes fondamentales. Les contributeurs les plus importants au fardeau des maladies² dans la région OMS Europe étaient 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 l'anémie en fer. Mais si l'on se place dans l'optique des déterminants sociaux, les principaux contributeurs sont les politiques commerciales néolibérales, les inégalités de revenu, la pauvreté, les risques liés au travail et enfin le manque de cohésion sociale [8].

SUR QUELS DÉTERMINANTS AGIR POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

Quels sont les moyens d'action des pouvoirs publics sur l'état de santé des populations ? Ils se situent principalement au niveau des déterminants sociaux intermédiaires : les déterminants comportementaux et le système de santé (prévention et soins). Dans les deux cas se pose la question de la cible des interventions. Doit-on agir au niveau de la population générale, avec le risque de creuser les inégalités, ou au niveau des populations vulnérables, avec le risque de stigmatisation des populations identifiées ?

L'éducation pour la santé constitue un type d'intervention visant à promouvoir des « comportements de santé ». Il peut s'agir d'apporter de l'information, renforcée ou non par une aide personnalisée (cadre familial ou personnels de santé), mais il peut également s'agir de favoriser les changements de comportement en modifiant l'environnement social. Si cesser de fumer est le résultat d'un choix individuel, il est cependant plus facile de le faire dans un contexte social où fumer

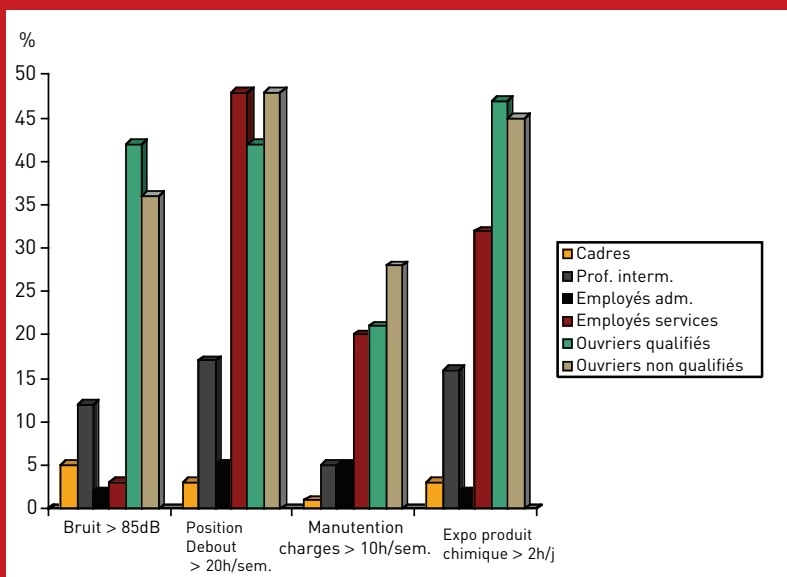


Figure 2. Exposition aux contraintes physiques et chimiques professionnelles et catégories socio-professionnelles (Source : Enquête SUMER 2003 [7]).

2. Le « fardeau de la maladie » est le degré de dégradation de l'état de santé causé par les décès prématurés et les invalidités par rapport à l'idéal d'une population complète vivant en bonne santé pendant de longues années.

n'est pas valorisé (médias) ni rendu aisé (interdiction de fumer dans les lieux publics). L'aide à l'accès à une nourriture de qualité à des prix abordables relève également de cette approche.

D'autres interventions s'intègrent dans le système de santé. Il s'agit par exemple de favoriser l'accès aux soins en supprimant l'obstacle financier pour les populations précaires (CMU complémentaire). Cela concerne également les interventions qui visent à faciliter l'accès au dépistage, ou à améliorer la prise en charge des maladies chroniques.

Dans la majorité des cas, le retentissement d'une intervention sur l'état de santé des populations est très difficile à mettre en évidence, en raison de la durée de la période d'évaluation (plusieurs dizaines d'années). L'établissement d'un lien de cause à effet est par ailleurs rendu problématique en raison des modifications de tous ordres qui peuvent survenir dans une période aussi longue (modifications législatives, sociales, comportementales...).

CONCLUSION

Les déterminants sociaux de la santé sont communs à toutes les pathologies. Ils mettent en jeu les conditions matérielles de vie, mais aussi, parfois simultanément, leur perception. Toute recherche sur les déterminants de la santé se doit d'être interdisciplinaire, et doit se mener en faisant une large place aux Sciences Humaines et Sociales. Ces deux conclusions figurent d'ailleurs en bonne place dans le rapport de l'OMS [1]. En France, de plus en plus d'équipes travaillent sur les déterminants sociaux de la santé et ont produit des connaissances, mais le lien entre la recherche et les milieux de décision en Santé Publique reste faible. Pourtant, la connaissance des déterminants sociaux de la santé et de leur complexité est nécessaire pour mettre en place des interventions en population, afin de savoir sur quel déterminant agir, dans quel type de population, et à quel moment de la vie, pour une action la plus efficace possible. Cette connaissance permet de prendre en compte l'individu dans son cadre de vie, en agissant sur les facteurs proximaux et distaux de la chaîne de causalité. Ceci est l'une des conditions pour rendre disponible à chacun une certaine quantité et qualité de ressources qui permette de se maintenir en bonne santé.

RÉFÉRENCES

- [1] CSDH. *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*. Geneva : World Health Organization, 2008.
- [2] Mackenbach JP, Sribu I, Roksam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. European Union working group on socioeconomic inequalities in health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008 ; 358 : 2468-81.
- [3] Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1986.
- [4] Leclerc A, Kaminski M, Lang T. *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte/Éditions Inserm, 2008 : 300 p.
- [5] Lynch JW, Smith, GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality : importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *Br Med J* 2000 ; 320 : 1200-4.
- [6] Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health : a response to Lynch *et al.* *Br Med J* 2001 ; 322 : 1233-6.
- [7] Dares. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003. *Premières Synthèses* 2004 ; 52.1 : 1-8.
- [8] Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1*. Copenhague : WHO Europe, 2006.

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 par une convention entre 24 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Alfred Spira, médecin, épidémiologiste, professeur de Santé Publique et d'épidémiologie. Depuis mai 2008, l'IReSP s'intègre dans l'un des huit instituts thématiques de l'Inserm, l'Institut « Santé Publique ».

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé
- Politiques publiques et santé
- Interaction entre les déterminants de la santé

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

LES PARTENAIRES DE L'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESCA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (InVS, HAS, AFSSAPS, AFSSSET, AFSSA, EFS, ABM, INPES, INCa), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : www.iresp.net