

Des déterminants multiples

Les inégalités sociales de santé ont de nombreux facteurs : revenus, éducation, travail, environnement, modes de vie, accès aux soins..., qui s'accumulent tout au long de la vie. Repérer l'enchaînement de ces causes permet d'orienter les politiques publiques et de les rendre plus efficaces.

Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie

Thierry Lang
Épidémiologiste,
département
d'épidémiologie et
de santé publique,
Inserm U558,
membre du HCSP

La plupart des maladies ont été analysées, au cours du siècle dernier, comme relevant essentiellement des comportements, d'expositions et des conditions de vie à l'âge adulte. Parallèlement, les populations vulnérables, sur un plan biologique ou social, ont été caractérisées à un moment donné de leur histoire. Cette approche a eu sans doute des qualités opérationnelles pour élaborer des politiques de santé, qu'il s'agisse de définir des groupes à haut risque biologique, les patients hypertendus par exemple, ou les populations socialement vulnérables, mais elle néglige un point important qui est la dynamique de création de ces populations.

Il est facile d'admettre que ces états de santé ou la situation de ces populations se sont construites au cours du temps et ne peuvent être réduites à une situation instantanée.

Les données scientifiques explorant cet aspect ne sont pourtant que relativement récentes. Dans le domaine de l'épidémiologie, cette approche est évidemment difficile à mettre en œuvre, puisqu'il s'agit de suivre

l'évolution d'individus depuis leur naissance, et même avant, jusqu'à l'âge, adulte, d'apparition des maladies. Pour les inégalités sociales de santé, cette démarche est essentielle, non seulement en termes de connaissances, mais aussi pour ses conséquences dans la mise en œuvre des politiques de réduction des inégalités sociales de santé [59].

Construction de l'état de santé au cours de la vie : des enchaînements de causes

La vie des personnes, depuis la vie intra-utérine jusqu'à la période du vieillissement, est marquée par la survenue successive d'un certain nombre de processus sociaux et biologiques à différentes phases. Des phénomènes biologiques aussi divers que la santé et la nutrition maternelle, les différentes infections de l'enfance, les vaccinations, les comportements, les facteurs de stress s'articulent avec des processus sociaux tels que le niveau socio-économique des parents, leur accès aux services de santé... Ces éléments de la vie de l'enfant conduisent à l'accès aux études, à l'environnement



Les inégalités sociales de santé

matériel, au réseau social, au rapport au travail de l'adulte qu'il deviendra.

La complexité est donc de représenter ces facteurs entremêlés. Considérer l'enchaînement des facteurs de risque tout au long de la vie constitue l'ambition de l'épidémiologie biographique (*life-course epidemiology*), que l'on peut définir comme l'étude des mécanismes biologiques, comportementaux et psychosociaux qui opèrent tout au long de la vie pour influencer l'état de santé.

Cette idée de situations ou d'expositions qui s'enchaînent est parfaitement décrite par Helman indiquant que « *L'idée de cause a perdu toute autre signification que celle de la désignation pragmatique du point dans la chaîne des événements auquel une intervention serait la plus pratique* ».

Plusieurs modèles explicatifs ont été proposés pour représenter les mécanismes par lesquels ces facteurs modifient l'état de santé au long de la vie.

Périodes critiques

Il s'agit d'une fenêtre de temps durant laquelle une exposition peut avoir des effets néfastes ou au contraire positifs sur le développement biologique et/ou social ultérieur. Ce modèle est en fait une extension de l'hypothèse de la programmation biologique durant la grossesse, connue sous le nom d'hypothèse de Barker, qui a montré le lien entre la vie intra-utérine et certaines maladies de l'âge adulte. Cette hypothèse supposait que le développement de l'organisme *in utero* est susceptible de déterminer les fonctions à l'âge adulte. C'est ainsi que le développement pulmonaire peut être rapporté au développement de broncho-pneumopathies chroniques obstructives à l'âge adulte, le développement rénal au développement d'hypertension artérielle et le développement du pancréas à l'apparition de diabète. Les résultats de la West of Scotland Collaborative Study témoignent aussi du caractère critique de la première enfance. Dans cette étude, le risque relatif de maladies cardio-vasculaires est beaucoup plus élevé lorsque c'est la catégorie sociale du père lors de la naissance ou pendant la petite enfance de l'individu qui est considérée plutôt que la classe sociale initiale ou la classe sociale actuelle de l'individu. La terrible famine qui a affecté les Pays-Bas en 1944 a fourni un exemple dramatique à l'appui de cette hypothèse : les enfants nés durant cette période ont souffert d'un taux élevé de maladies coronariennes cinquante ans plus tard. On a évoqué des phénomènes d'adaptation à un environnement pauvre en énergie. Si cette adaptation précoce s'avère inappropriée et que l'environnement ultérieur se révèle riche en ressources caloriques, alors des maladies chroniques de surcharge peuvent survenir [94].

Des stress psychosociaux survenant dans l'enfance, lorsque le cerveau est vulnérable et malléable, sont susceptibles d'influencer la maturation cérébrale et de conduire à des modifications structurelles et fonctionnelles durables. Ces périodes critiques ne sont pas seulement biologiques, elles sont aussi sociales. La

transition de l'école primaire au collège, les périodes d'évaluation scolaire, l'entrée sur le marché du travail, le départ du foyer familial, la parentalité, les périodes de chômage ou encore la retraite sont autant de périodes sociales critiques pendant lesquelles des facteurs de risque divers pourraient avoir des impacts majeurs sur l'état de santé.

Accumulation des risques

Le deuxième modèle suppose l'accumulation des risques. Il permet de rendre compte de certaines réalités sociales. Les désavantages tendent à se concentrer à un moment donné dans les mêmes populations, avec des professions, un habitat, une zone de résidence ou encore des habitudes de vie péjoratives à la santé. De la même façon, les facteurs de risque tendent à s'accumuler au cours du temps et au cours de la vie d'une personne, depuis l'enfant jusqu'à la personne âgée. Ce modèle permet de souligner qu'un impact majeur sur la santé peut se produire à travers l'accumulation de nombreux facteurs relativement mineurs. Ce modèle peut rendre compte du gradient de santé continu dans la population. Les données de la cohorte de Whitehall II¹ illustrent la pertinence de ce modèle cumulatif. Les personnes qui cumulent six facteurs de risque au long de leur vie ont un risque de maladies cardio-vasculaires multiplié par 2,2 [98]. Ce risque augmente progressivement et de façon quasi linéaire avec le nombre des facteurs de risque. L'étude de cohorte britannique des enfants nés en 1946 fournit également un exemple de ce type de modèle cumulatif. À 36 ans, le risque de broncho-pathie chronique et de fonction pulmonaire altérée est d'autant plus élevé que les personnes cumulent des infections respiratoires, un habitat pauvre surpeuplé durant la prime enfance, une exposition à une pollution de l'air durant l'enfance ou enfin le tabagisme durant la période d'adulte jeune.

Trajectoires (*pathways*)

Le dernier modèle explicatif concerne les chaînes de causalité (*pathways*). Dans cette approche, un désavantage précoce dans la vie peut placer un individu sur une chaîne de risques le conduisant à une exposition future qui représente l'événement étiologique important. Pour David Blane [12], cette approche peut intégrer les hypothèses de période critique et d'accumulation des risques. Un exemple de ce type de chaîne de causalité peut être illustré de la façon suivante : dans une première hypothèse, le contexte social et matériel des parents peut influencer directement l'état de santé de l'enfant par l'intermédiaire de l'état de santé maternel et du poids de naissance, le niveau d'études peut influencer les comportements alimentaires et les comportements de santé. Mais une autre chaîne de causalité, sociale,

1. La cohorte Whitehall II est une étude longitudinale britannique démarrée en 1985 pour examiner les rapports entre niveau socio-économique et état de santé chez 10 308 fonctionnaires londoniens (6 895 hommes et 3 413 femmes).

peut être identifiée, par laquelle le contexte social et matériel des parents détermine l'environnement matériel et social de l'enfant, puis son accès à l'éducation, son statut social et sa profession à l'âge adulte, laquelle peut, et seulement à ce stade, influencer l'état de santé. Dans cette seconde hypothèse, le contexte matériel de l'enfance n'a pas d'effet direct, mais conduit l'enfant, à la suite d'une trajectoire sociale, dans une situation qui, elle, à la différence des étapes précédentes, aboutira à des effets péjoratifs sur la santé.

L'état de santé est une ressource

L'opposition classique entre processus de sélection, selon lequel un mauvais état de santé conduirait à une position sociale défavorisée, et le processus de causalité, selon lequel la catégorie sociale serait déterminante dans l'état de santé, mérite d'être dépassée. En effet, les deux sont sans doute vrais, le second mécanisme étant dominant, mais dans des proportions diverses selon les pathologies. Dans une perspective de vie entière peuvent se produire des enchaînements et de véritables cercles vicieux. Si on prend l'exemple de l'accès à l'emploi, la littérature épidémiologique témoigne de l'impact des conditions de travail et d'accès à l'emploi sur l'état de santé [66]. L'inverse est également vrai. Un même état de santé ne donne pas le même accès au travail et à l'emploi selon la catégorie sociale. En Grande-Bretagne, dans les années 1980, la dégradation du marché de l'emploi a touché l'ensemble des catégories sociales. Mais le taux de chômage des cadres atteints d'une maladie qui limitait leur mobilité avait beaucoup moins augmenté que celui des ouvriers qualifiés. À limitation égale de la mobilité, l'éviction du marché de l'emploi était considérablement plus élevée pour ces derniers [8]. Une approche longitudinale permettrait de rendre compte de ces cercles vicieux, dégradation de l'état de santé aboutissant à des difficultés d'accès à l'emploi, elles-mêmes cause de dégradation de l'état de santé... De tels enchaînements ont été montrés pour la consommation d'alcool et de tabac ou dans le cadre du VIH/sida [38].

Qu'apportent ces modèles biographiques pour la mise en place d'interventions de réduction des inégalités sociales de santé ?

Si des interventions sont organisées, elles peuvent l'être à différents niveaux de la chaîne de causalité. Les échelles de temps pour les différentes interventions apparaissent clairement ; la plus courte concerne les facteurs proximaux sur lesquels des interventions d'urgence peuvent agir. C'est là que l'on pourrait placer par exemple les soins curatifs, qui agissent sur les facteurs les plus proximaux qui soient dans la chaîne de causalité. À l'autre bout de la chaîne, apparaissent des causes fondamentales micro et macro-sociales qui concernent le moyen et le long termes. Si l'on considère l'exemple du cancer du poumon, le traitement curatif d'un cancer représente le type du facteur proximal,

proche de l'état de santé de l'individu ; les politiques de taxation ou les législations sur la publicité en faveur du tabac sont un exemple de causes distales, fondamentales. Ce mode de pensée modifie profondément les priorités des politiques de santé. Dans un travail sur les facteurs contribuant au fardeau des maladies (*burden of diseases*) dans la région OMS Europe en 2002, M. Whitehead et son équipe notent, par ordre d'importance, un certain nombre de facteurs bien connus : tabac, hypertension artérielle, abus d'alcool, hypercholestérolémie, surpoids, consommation insuffisante de fruits et légumes, sédentarité, drogues, maladies sexuellement transmissibles, anémie en fer... Le même travail sur les causes fondamentales de ces maladies fait apparaître les inégalités de revenu, la pauvreté, les risques liés au travail ou encore le manque de cohésion sociale [103].

C'est dire que les générations concernées par différents types d'intervention pourront être différentes. Des interventions sur les causes fondamentales concerneront volontiers les enfants et jeunes adultes, tandis que les actions visant les personnes malades concerneront prioritairement des facteurs proximaux. Enfin, dernière conséquence notable, les périodes considérées sont en partie spécifiques des maladies. Si l'on examine les résultats de la West of Scotland Collaborative Study, le cancer du poumon apparaît principalement lié à la classe sociale à l'âge adulte, les maladies coronariennes et respiratoires sont marquées par un effet cumulatif des classes sociales dans l'enfance et l'âge adulte. Enfin le cancer de l'estomac serait principalement lié à la classe sociale dans l'enfance, de même que les accidents vasculaires cérébraux.

Conclusion

Prendre en compte l'enchaînement diachronique des causes conduit à fixer l'objectif explicite de briser les chaînes de causalité biologiques et sociales qui conduisent à construire les inégalités.

Le modèle « vie entière » souligne que la situation et les difficultés rencontrées par une personne ont été précédées de désavantages cumulés. Par conséquent, les interventions de mise à disposition de droits ou de services qui supposent qu'elles aboutiront à restaurer pour la personne un état normal vis-à-vis de sa santé sont insuffisantes.

Ces éléments ont des conséquences en termes d'analyse des retentissements biologiques, de comportements de santé, de politiques publiques et enfin d'évaluation.

Si la vie entière a été un cumul de désavantages, les efforts pour réparer les dommages de la vie antérieure nécessiteront des efforts importants. En effet, les expériences précoces dans la vie affectent la santé de l'adulte par l'accumulation des atteintes à l'état de santé au cours de la vie et par l'inscription durable ou définitive dans le corps des « adversités » de l'enfance pendant les périodes critiques de l'enfance. Une telle analyse conduit à souligner l'importance de réduire



l'adversité durant les premières années de la vie pour prévenir les pathologies à l'âge adulte [94].

En termes de comportements, concentrer l'éducation sur la santé à l'âge adulte se heurte aux difficultés, croissantes avec l'âge, de changer de comportement d'une part et de dépasser les atteintes biologiques déjà présentes. En outre, cela revient à déplacer vers les individus le lieu de la responsabilité alors que leurs comportements s'inscrivent dans une perspective de vie, depuis une période de leur vie où la notion de choix individuel ne peut guère être évoquée.

Enfin, ces analyses sont susceptibles d'orienter les politiques publiques. Les interventions ne ciblent plus un problème de santé en particulier, mais les causes fondamentales (« les causes des causes ») des inégalités sociales de santé. Elles sont donc, par définition, globales et font appel à différents domaines des politiques publiques : politique de la ville, de l'aménagement du territoire, environnementale, de l'éducation, etc. Ce type d'intervention peut être trouvé dans les objectifs du Département de la santé britannique : réduire le nombre d'enfants vivant dans des foyers à bas revenus, augmenter la proportion d'enfants terminant leur scolarité à 16 ans avec un diplôme sont des exemples de ces approches [47].

Enfin, les méthodes d'évaluation, notamment pour la réduction des inégalités sociales de santé, ont un défi à relever. Les modèles d'évaluation expérimentaux ou quasi expérimentaux ne peuvent être utiles que pour l'évaluation d'interventions à l'échelle de quelques années. Les expérimentations menées sur certains facteurs psychosociaux, tels que le support social, n'ont pas montré leur efficacité. Outre l'aspect très expérimental de ces interventions menées sur des volontaires, une des raisons de l'échec tient peut-être à l'ancienneté des phénomènes que l'intervention se proposait de combattre. Les interventions sur les causes fondamentales ne seront efficaces que dans le long terme. Si l'épidémiologie peut apporter des informations de type descriptif ou à la mise au point d'indicateurs, c'est l'évaluation à long terme de politiques publiques qui devrait être mise en œuvre. Enfin, la complexité des mécanismes sociaux et sanitaires mis en jeu souligne l'importance d'un travail interdisciplinaire avec l'ensemble des sciences humaines et sociales pour développer des méthodes d'évaluation « réalistes », susceptibles de mesurer l'efficacité d'interventions, complexes, évolutives et intersectorielles, mais aussi les mécanismes, les causes d'échec ou de succès. 📌

Le système de soins et les inégalités sociales de santé

Pierre Lombrail

Professeur de santé publique, directeur du Pôle de l'information médicale, évaluation, santé publique, santé au travail, CHU de Nantes

Les inégalités sociales (et territoriales) de santé (ISS) sont une réalité en progression dans notre pays. Les déterminants sont multiples et s'enracinent tout au long de la vie des individus, avec un effet fortement différencié selon le milieu d'origine. Le rôle du système de soins est secondaire dans la constitution des états de santé ; il l'est probablement moins en matière d'inégalité et comprendre les divers mécanismes par lesquels il intervient peut aider à identifier des pistes d'action.

Les ISS peuvent s'analyser en termes d'inégalités d'accès aux soins sur le double registre de l'accès potentiel (la possibilité de se faire soigner) et de l'accès effectif (l'utilisation qui est faite de cette potentialité). L'utilisation est habituellement considérée sous le seul angle de l'accès primaire (le recours aux soins) et une attention particulière mérite d'être portée à l'accès secondaire (la qualité des soins à proprement parler).

Accès aux droits

L'accès potentiel relève des droits et de la capacité des personnes à s'en saisir. En termes de droits, l'immense majorité des personnes vivant sur le territoire bénéficient d'une protection sociale obligatoire par

l'assurance maladie, mais subsistent à la marge des situations particulièrement choquantes concernant certaines catégories d'étrangers. Hors ces situations, le principal obstacle est financier du fait de la difficulté des personnes aux revenus les plus faibles à accéder à une protection sociale complémentaire facultative. Cette question fait l'objet d'autres contributions dans ce numéro et nous nous attacherons à comprendre en aval les difficultés d'utilisation du système sous l'angle de l'accès primaire et secondaire. Ces difficultés relèvent d'inégalités par omission, « liées à l'inertie d'un système de santé qui méconnaît les inégalités et n'a aucun projet de rattrapage », et d'inégalités par construction, liées à « l'absence de prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique médicale » [69]. Ces inégalités opèrent à une échelle individuelle (celles des « acteurs ») et collective (celle du « système », pour emprunter une catégorisation familière aux sciences de gestion).

Accès primaire aux soins

Les inégalités d'accès primaire tiennent aux difficultés de la rencontre entre l'offre et la demande du fait des

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.