

Les inégalités sociales de santé

Un moyen d'explorer l'impact
de nos constructions socio-
politiques actuelles

Une histoire qui remonte au 19^{ème} siècle

L.-R. Villermé a été le premier à avoir mis en avant la pauvreté comme cause de la mauvaise santé

Attention, ses propos, comme ceux d'E. Chadwick qui présenta des résultats similaires pour l'Angleterre, en 1842, sont remplis de commentaires sur les mauvais moeurs des pauvres...

La vision hippocratique recule, mais elle conserve son influence : le cas de John Snow ou encore la reconstruction de Paris par le baron Haussmann en témoignent

Mais, avec l'identification des germes, on peut se passer des considérations sur l'environnement et la pauvreté...

La pauvreté responsable de l'état de santé : des miasmes aux conditions sociales

- L'intuition visionnaire de Louis-René Villermé (années 1820) : pauvreté et santé
- Aucun des paramètres environnementaux ne modifie la relation
- Une corrélation écologique simpliste, très critiquée à l'époque, qui s'est avérée exacte

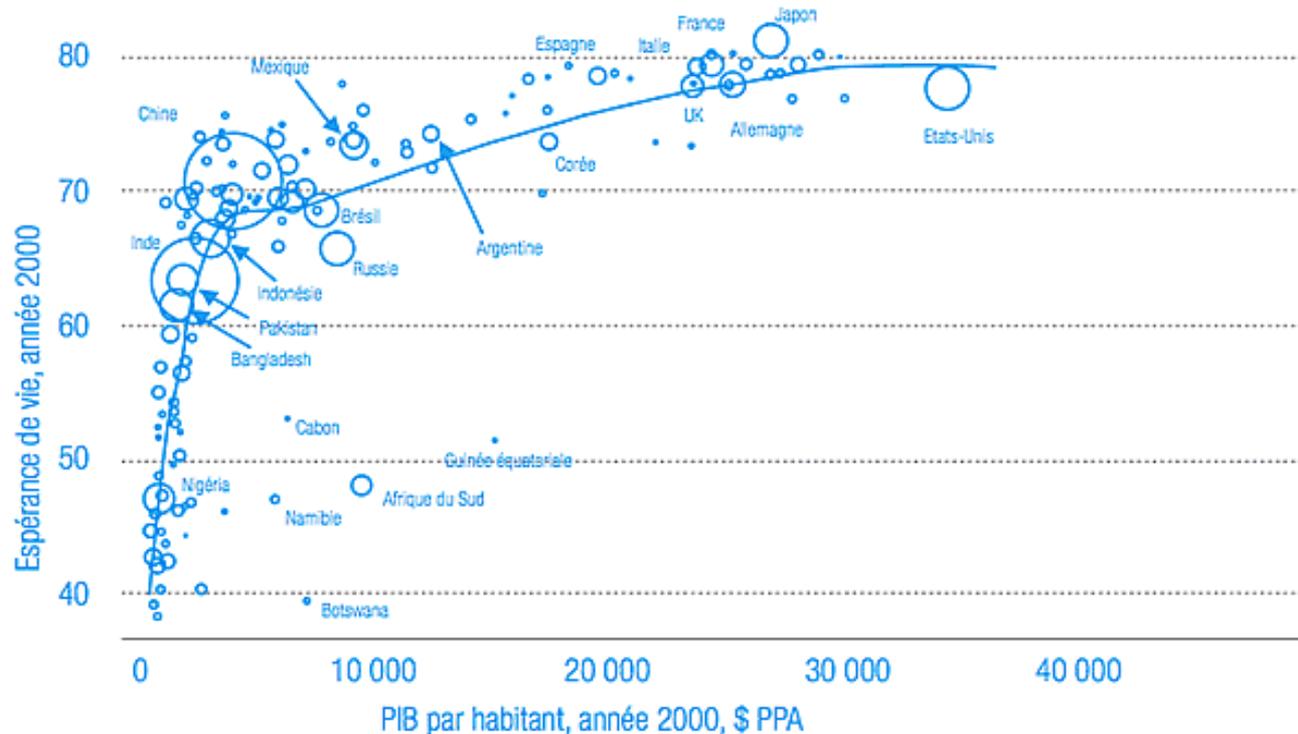
Districts (arrondissements)	Ratio of rent for households exonerated from taxes over the district average	Number of deaths at home between 1817 and 1820
2 ^e	0,07	1 décès sur 62 habitants
3 ^e	0,11	1 - 60 -
1 ^{er}	0,11	1 - 58 -
4 ^e	0,15	1 - 58 -
11 ^e	0,19	1 - 51 -
6 ^e	0,21	1 - 54 -
5 ^e	0,22	1 - 53 -
7 ^e	0,22	1 - 52 -
10 ^e	0,23	1 - 50 -
9 ^e	0,31	1 - 47 -
8 ^e	0,32	1 - 43 -
12 ^e	0,38	1 - 43 -
Paris	0,18	1 - 51 -

The table was first produced in a note in 1823, source E. Vedrenne-Villeneuve in Population 16 : 665-678 (1961)

L'épidémiologie sociale

Les causes sont à rechercher
dans les facteurs sociaux

La santé et la richesse nationale



Les cercles ont un diamètre proportionnel à la taille de la population. Le PIB par habitant est exprimé en dollars 'parité de pouvoirs d'achat' (PPA).

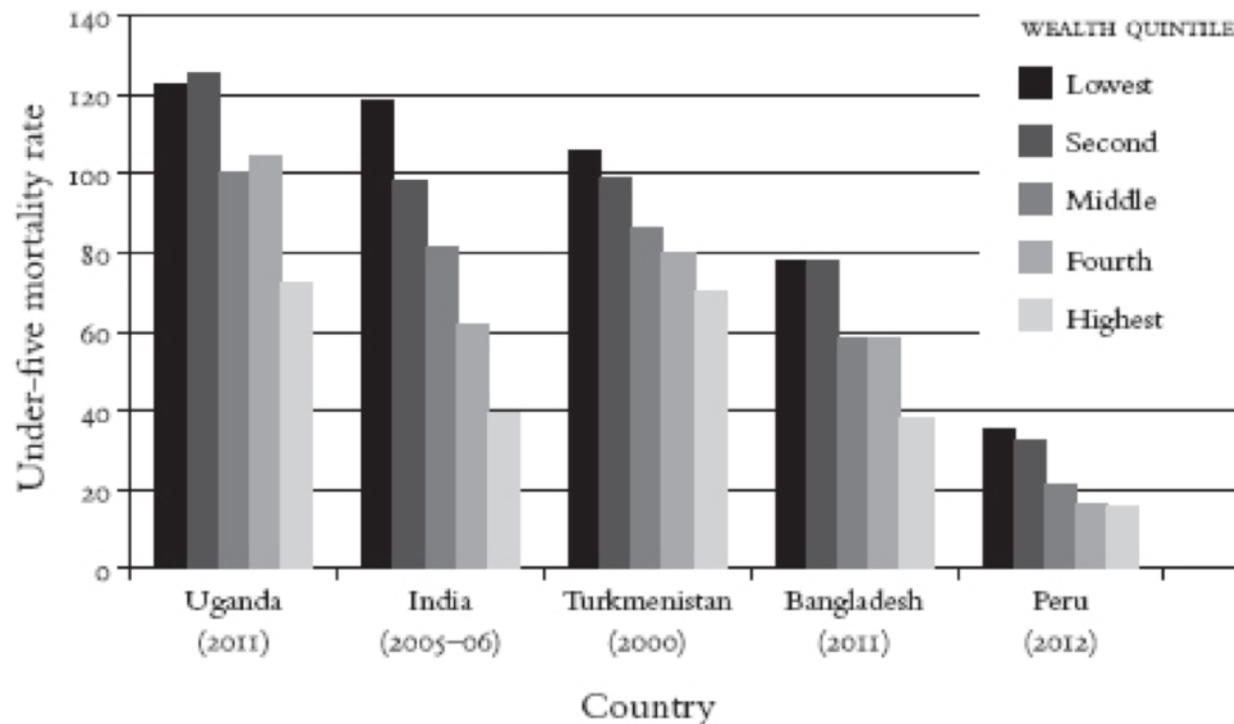
² Un taux de change assurant la parité des pouvoirs d'achat équivalant au pouvoir d'achat de différentes monnaies dans leur pays d'origine pour un panier alimentaire donné.

Statut social et mortalité

- L'espérance de vie réduite et des taux augmentés de mortalité se retrouvent systématiquement :
 - Dans différents pays et continents
 - A l'intérieur d'un pays à toutes les échelles
- Sous différentes formes :
 - Catégories sociales ou socio-professionnelles
 - Revenus ou degré de privation (différents indices agrégés)
 - Niveau d'éducation (nombre d'années d'études, p.ex.)

La comparaison entre pays n'est pas si simple

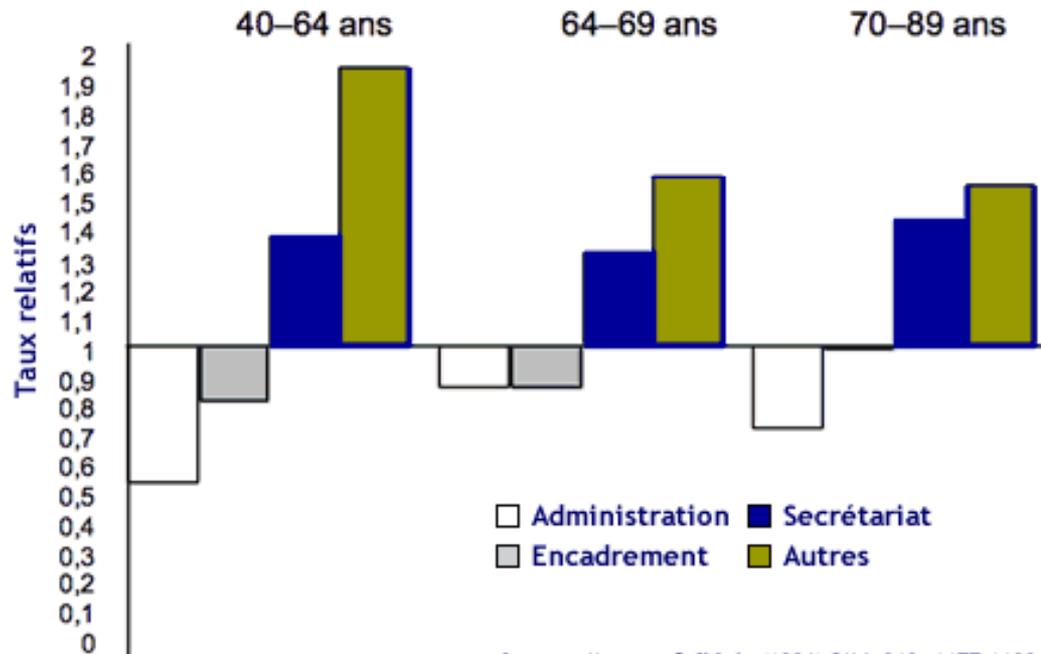
Under-five mortality rate (per 1,000 live births) by wealth quintile



Source: Demographic and Health Surveys.

Disparités de santé en fonction du type d'emploi dans la fonction publique

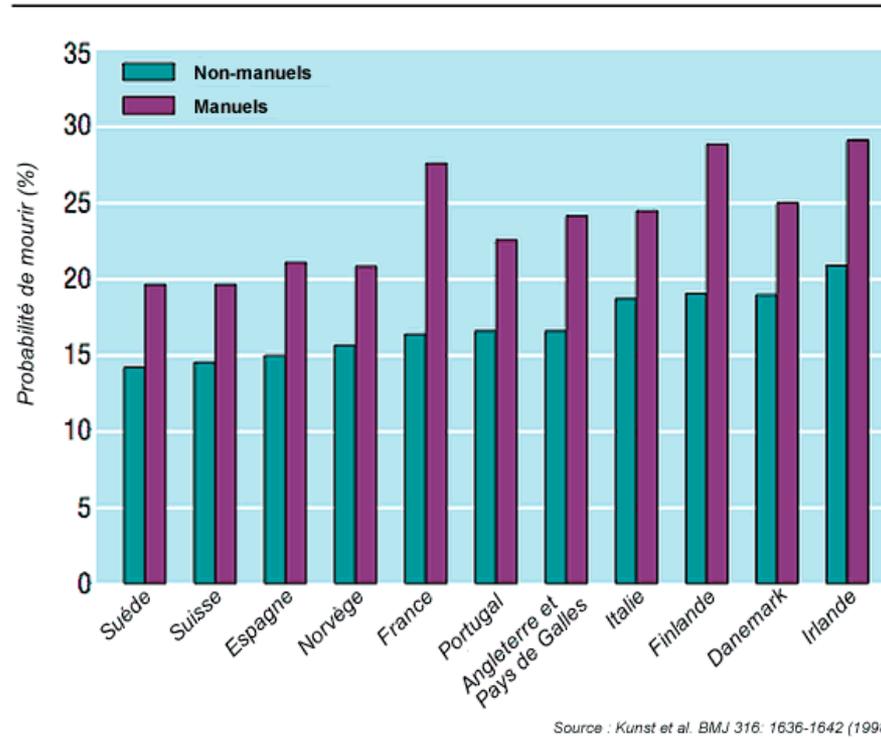
Mortalité toutes causes par catégorie d'emploi dans l'administration britannique, suivi sur 25 ans



Source : Marmot & Shiple (1996) BMJ, 313: 1177-1180

Emplois manuels et surcroît de mortalité

Probabilité de mourir entre 45 et 65 ans pour des hommes dans les catégories professionnelles manuelle et non-manuelle



Espérance de vie et catégories professionnelles

Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie sociale

En années

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
Hommes								
1976-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37,0	35,5	27,5	38,0
1983-1991	43,5	41,5	41,5	41,0	38,5	37,5	27,5	39,0
1991-1999	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
Femmes								
1976-1984	47,5	46,5	45,5	46,0	45,5	44,5	44,5	45,0
1983-1991	49,5	48,0	47,0	47,5	47,5	46,5	45,5	46,5
1991-1999	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0

Source : Insee, échantillon démographique permanent et état civil

La situation ne s'améliore pas partout

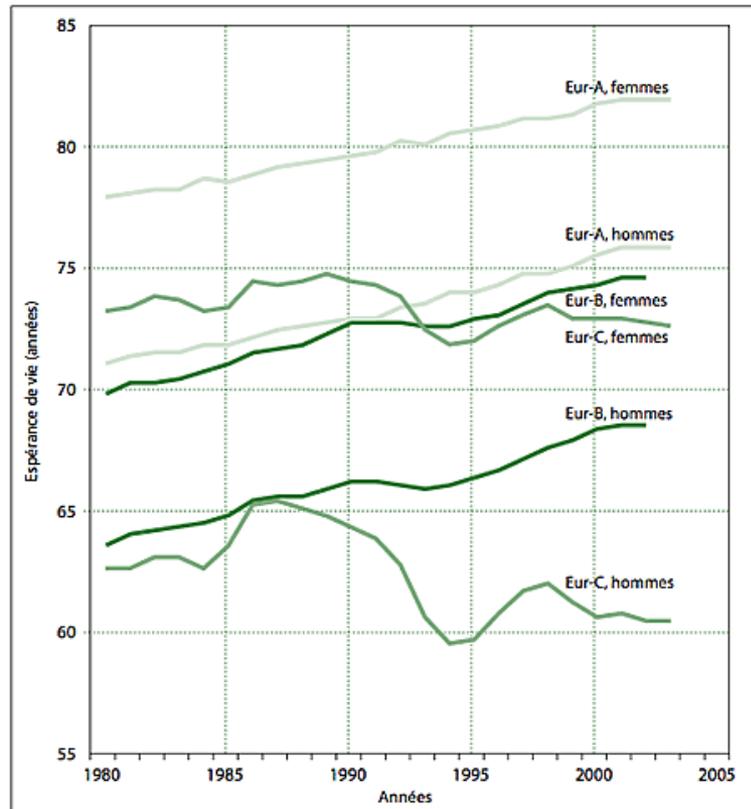
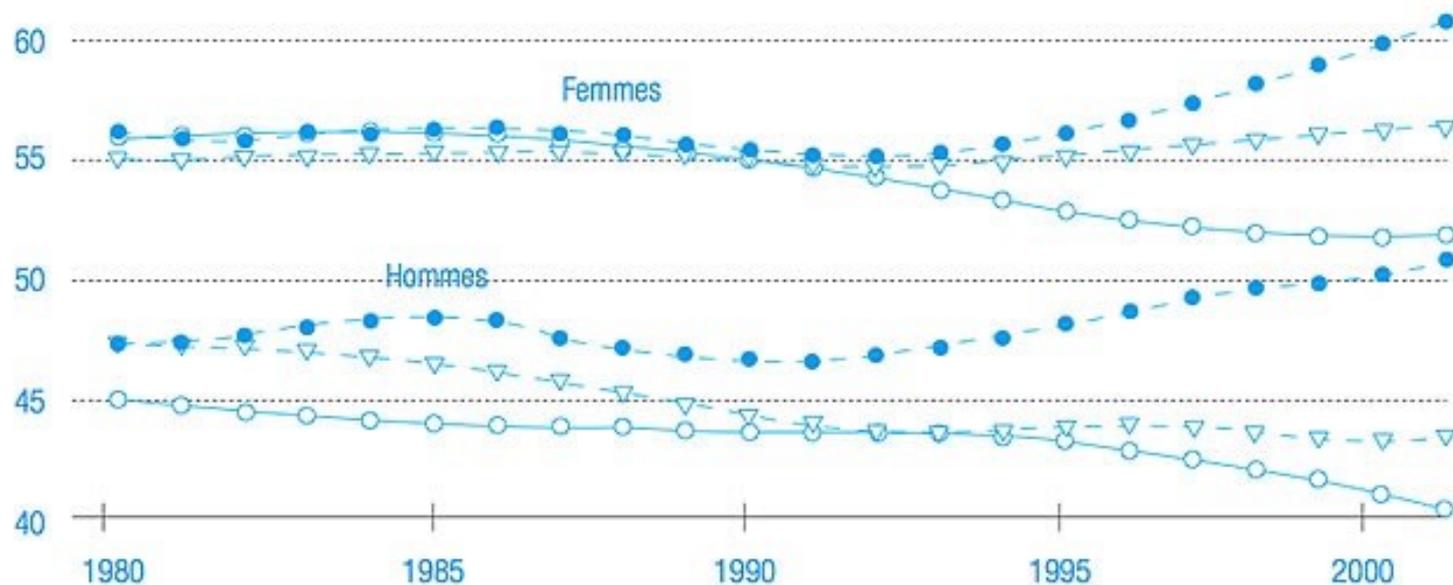


Figure 2. Espérance de vie à la naissance selon le sexe et le groupe de pays, 1980–2003

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (3).

Elle s'aggrave pour ceux qui sont déjà au plus mal !

Figure 2.5: Tendence de l'espérance de vie chez les hommes et les femmes âgés de 20 ans, selon le niveau d'éducation, en Russie.



Niveau d'éducation: ○ élémentaire (cercles), ▽ intermédiaire (triangles), et ● universitaires (disque).

La pauvreté n'explique pas tout

Tableau 2.1

L'espérance de vie masculine, les inégalités entre les pays et en leur sein, sélection de pays

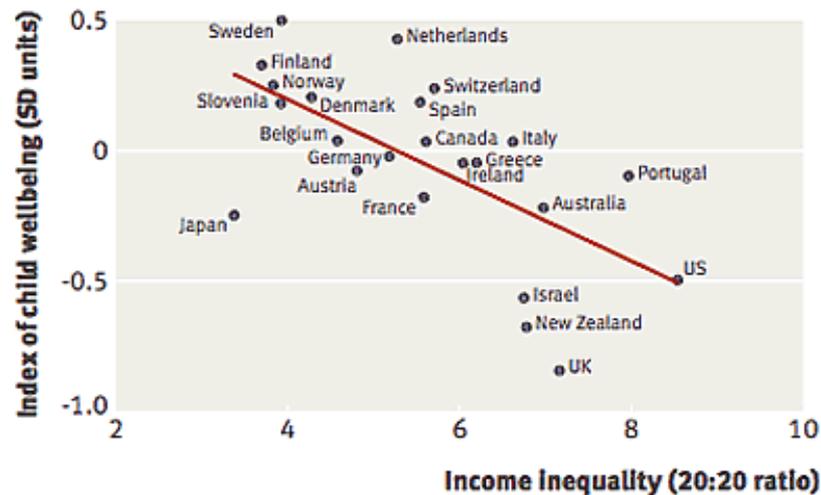
Lieu	Espérance de vie à la naissance
Royaume-Uni, Ecosse, Glasgow (Calton) ^b	54
Inde ^a	62
États-Unis, Washington DC (noirs) ^c	63
Philippines ^a	64
Lituanie ^a	65
Pologne ^a	71
Mexique ^a	72
Etats-Unis ^a	75
Cuba ^a	75
Royaume-Uni ^a	77
Japon ^a	79
Islande ^a	79
Etats-Unis, Comté de Montgomery (blancs) ^c	80
Royaume-Uni, Ecosse, Glasgow (Lenzie N.) ^b	82

a) Données nationales : Statistiques sanitaires mondiales 2005 (WHO, 2007c).

b) Données totalisées de 1998-2002 (Hanlon, Walsh & Whyte, 2006).

c) Données totalisées de 1997-2001 (Murray et al., 2006).

Les inégalités plutôt que le revenu moyen



Source: Pickett & Wilkinson, *BMJ* 335:1080-1086 (2007)

Table 2 | Correlations of measures of child wellbeing with income inequality, and average income across the 50 US states (including District of Columbia)

Measure of child wellbeing	Income inequality		Average income	
	r	P value	r	P value
Teenage births ^{1,2}	0.72	<0.001	-0.55	<0.001
Juvenile homicides ^{1,2}	0.31	0.03	0.00	0.99
Infant mortality*	0.55	<0.001	-0.20	0.15
Low birth weight*	0.65	<0.001	-0.01	0.99
Educational performance (combined maths and reading scores for 15 year olds)† ⁴	-0.69	<0.001	0.08	0.58
Dropping out of high school† ⁴	0.66	<0.001	-0.28	0.04
Overweight	0.64	<0.001	-0.07	0.63
Mental health problems	0.37	0.01	-0.14	0.33

*Similar findings have been reported elsewhere.^{11 40}

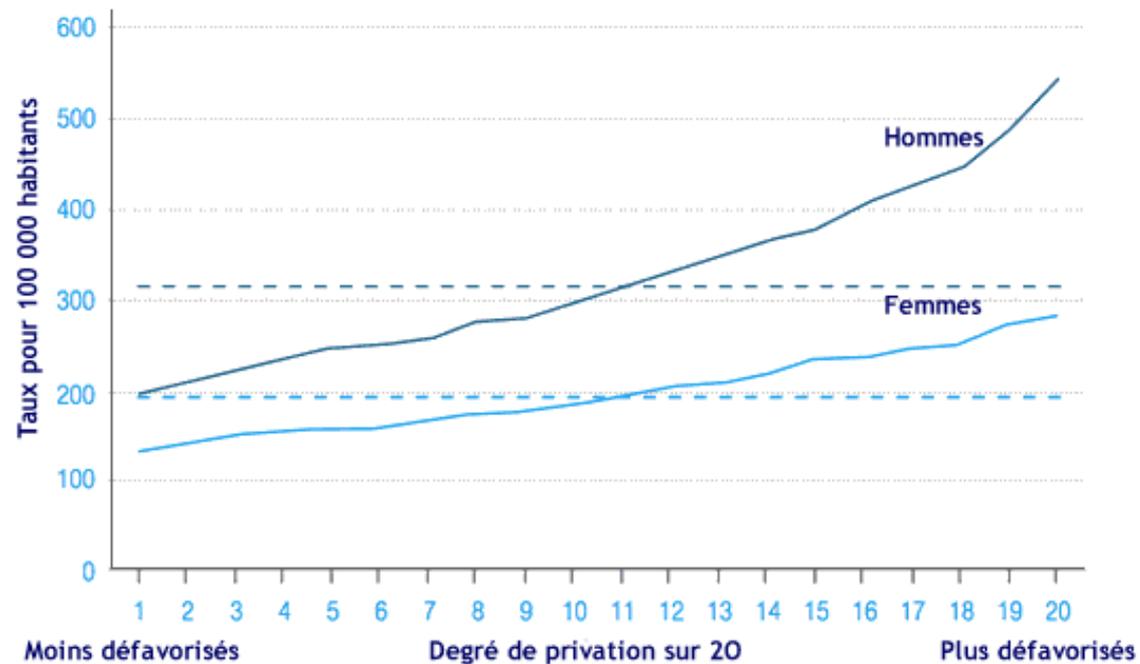
†Similar findings have been reported elsewhere.¹¹

Source: Pickett & Wilkinson, *BMJ* 335:1080-1086 (2007)

- Les valeurs de l'index varient considérablement pour un ratio d'inégalités donné
- Les inégalités de revenu constituent le déterminant prédominant sur un large intervalle de mesures du bien-être des enfants

L'effet graduel du degré de privation

Taux de mortalité à âge standardisé, toutes causes de décès, selon le degré de privation, pour des âges entre 15 et 64 ans



Les traits discontinus représentent les taux de mortalité moyens chez les hommes et les femmes en Angleterre et en Pays de Galles, pour la période de 1999 à 2003

Inégalités devant la maladie

Espérance de vie en bonne santé

Les individus avec un niveau d'éducation moindre, non seulement vivent moins longtemps, mais en plus ils vivent moins longtemps en bonne santé

Espérance de vie et espérance de vie en bonne ou mauvaise santé, entre les âges de 25 et 75 ans, calculées en utilisant la maladie de longue durée invalidante comme indicateur, par niveau d'éducation, en Norvège, circa 1987

Niveau d'éducation	Espérance de vie*	Espérance de vie en mauvaise santé	Espérance de vie en bonne santé	Vie en bonne santé (%)
<i>Hommes</i>				
supérieure	46.5	6.4	40.1	86.2
secondaire	45.1	11.6	33.5	74.3
élémentaire	43.7	14.1	29.6	67.8
<i>Femmes</i>				
supérieure	48.0	13.0	35.0	72.9
secondaire	47.6	14.6	33.0	69.4
élémentaire	46.9	16.5	30.4	64.8

* L'espérance de vie maximale entre 25 et 75 ans est de précisément 50 ans

Source: Sihvonen A, Kunst AE, Lahelma E, et al. Socio-economic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s. Soc Sci Med 1998; 47(3): 303-315.

Degré de privation et déficit en santé

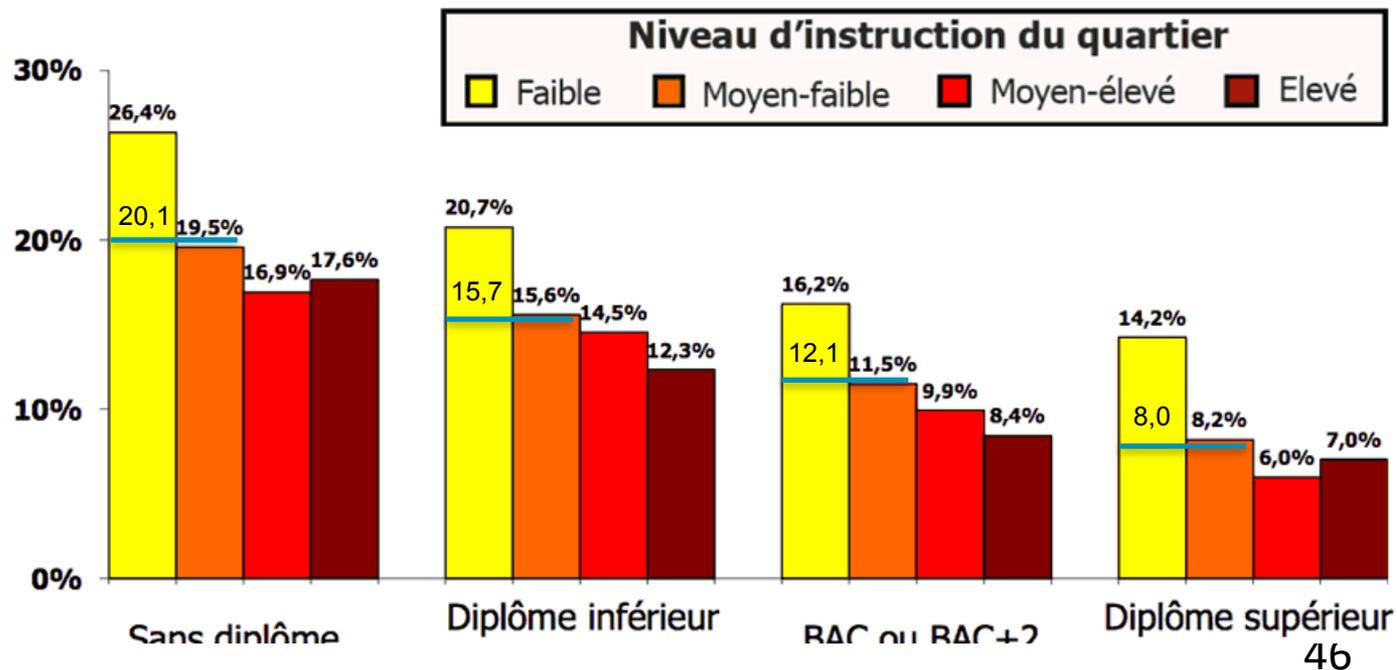
Tableau 3.2 – Risque relatif de mortalité par quintile de l'indice de défaveur sociale

Cause médicale de décès	Sexe	Risque relatif [IC 95 %] par quintile				
		Q1 *	Q2	Q3	Q4	Q5
Toutes causes	Hommes	1	1,144 [1,092-1,198]	1,231 [1,175-1,290]	1,374 [1,314-1,438]	1,526 [1,455-1,602]
	Femmes	1	1,110 [1,052-1,171]	1,248 [1,181-1,316]	1,298 [1,235-1,364]	1,427 [1,355-1,504]
Mortalité infantile	Deux sexes	1	1,083 [0,948-1,236]	1,211 [1,061-1,375]	1,177 [1,049-1,318]	1,233 [1,095-1,385]
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	Hommes	1	1,079 [1,000-1,166]	1,166 [1,079-1,260]	1,269 [1,181-1,363]	1,343 [1,241-1,453]
	Femmes	1	0,948 [0,775-1,150]	1,037 [0,843-1,263]	1,166 [0,969-1,388]	1,166 [0,959-1,404]
Tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures	Hommes	1	1,082 [0,972-1,202]	1,265 [1,137-1,402]	1,484 [1,346-1,631]	1,528 [1,379-1,688]
	Femmes	1	1,108 [0,784-1,529]	1,268 [0,887-1,756]	1,578 [1,170-2,099]	1,668 [1,217-2,269]
Tumeurs malignes du sein	Femmes	1	1,059 [0,968-1,157]	1,113 [1,016-1,216]	1,114 [1,028-1,206]	1,077 [0,988-1,173]
Tumeurs malignes de l'utérus	Femmes	1	0,967 [0,822-1,133]	1,060 [0,904-1,238]	1,091 [0,947-1,253]	1,122 [0,971-1,295]
Tumeurs malignes de la prostate	Hommes	1	1,008 [0,907-1,120]	1,033 [0,929-1,148]	1,017 [0,921-1,119]	0,967 [0,872-1,072]
Cardiopathies ischémiques	Hommes	1	1,026 [0,959-1,098]	1,063 [0,991-1,138]	1,104 [1,036-1,176]	1,116 [1,040-1,196]
	Femmes	1	1,028 [0,953-1,107]	1,014 [0,940-1,092]	1,033 [0,964-1,106]	1,046 [0,969-1,126]
Maladies vasculaires cérébrales	Hommes	1	0,927 [0,857-1,005]	1,046 [0,967-1,131]	0,991 [0,920-1,068]	1,033 [0,953-1,120]
	Femmes	1	1,023 [0,946-1,104]	0,996 [0,920-1,077]	0,946 [0,877-1,023]	0,917 [0,844-0,996]
Cirrhose du foie d'origine alcoolique ou non précisée	Hommes	1	1,242 [1,105-1,392]	1,362 [1,210-1,529]	1,617 [1,451-1,794]	1,859 [1,654-2,080]
	Femmes	1	1,306 [1,120-1,518]	1,552 [1,332-1,803]	1,854 [1,614-2,125]	2,374 [2,049-2,742]
Suicide	Hommes	1	1,169 [1,053-1,294]	1,252 [1,127-1,384]	1,173 [1,063-1,288]	1,213 [1,094-1,339]
	Femmes	1	1,022 [0,861-1,204]	1,085 [0,911-1,278]	1,006 [0,856-1,169]	0,997 [0,836-1,190]
Accidents de la circulation	Hommes	1	0,960 [0,818-1,119]	0,962 [0,820-1,121]	0,871 [0,750-1,007]	0,921 [0,781-1,073]
	Femmes	1	0,748 [0,572-0,963]	0,792 [0,606-1,021]	0,769 [0,604-0,969]	0,776 [0,597-0,994]
Chutes accidentelles	Hommes	1	0,946 [0,808-1,102]	1,054 [0,897-1,224]	1,136 [0,988-1,301]	1,150 [0,993-1,322]
	Femmes	1	0,888 [0,777-1,010]	1,056 [0,927-1,197]	1,000 [0,889-1,123]	1,067 [0,943-1,205]
Pneumonie et bronchopneumonie	Hommes	1	1,131 [0,998-1,276]	1,228 [1,082-1,386]	1,332 [1,183-1,491]	1,305 [1,155-1,469]
	Femmes	1	0,966 [0,837-1,109]	1,000 [0,866-1,152]	1,096 [0,955-1,251]	0,968 [0,836-1,120]
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	Hommes	1	1,036 [0,924-1,157]	1,133 [1,011-1,263]	1,219 [1,100-1,349]	1,385 [1,240-1,542]
	Femmes	1	0,935 [0,811-1,071]	1,065 [0,926-1,218]	1,042 [0,916-1,181]	1,063 [0,927-1,214]

* Référence (cantons les plus favorisés)

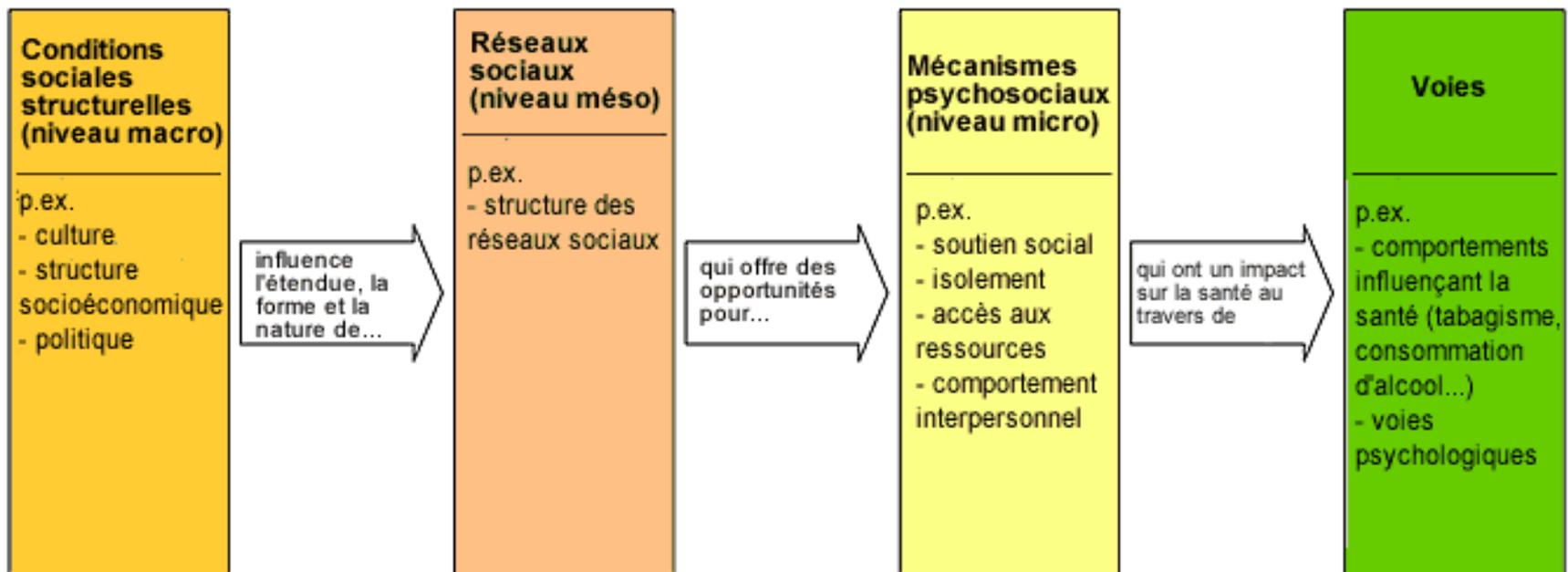
Niveau d'instruction et obésité

Disparités d'obésité (IMC > 30) observées entre les 122 communes et 10 arrondissements de l'étude



Le modèle multi-niveaux des DSS

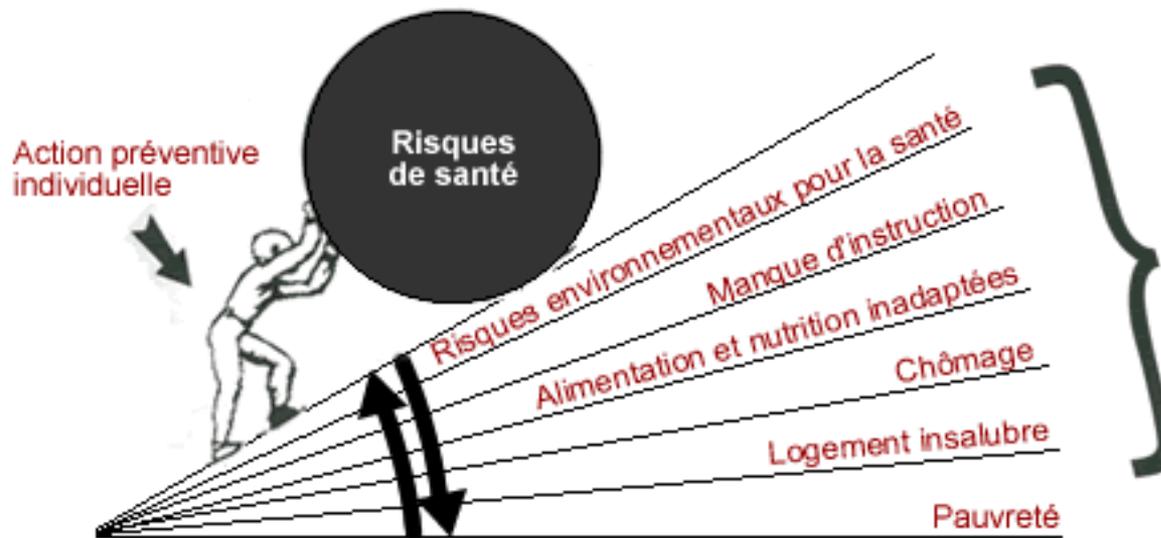
Schéma conceptuel de Berkman et Glass sur le fonctionnement des réseaux sociaux et de leur impact sur la santé



Source : Adapté de Berkman & Glass (2000)

L'environnement physique, et les « besoins fondamentaux »

Le gradient de l'action de l'individu en faveur de la santé



Les inégalités de santé peuvent-elles être attribuées à de simples différences de comportement ou devons nous prendre en compte le système politique, économique et social ?

Source : *Making partners: intersectoral action for health*

Tout commence par la bonne compréhension des dynamiques en présence

C'est les influences sociales
(des arrangements) qui
manquent dans les schémas
interprétatifs

Effets individuels et contextuels

Quelle est la part de mauvaise santé qu'entraînent :

- Le statut social de chacun (qu'est-ce qui le reflète ?)
- Le contexte et les ressources qu'il recèle pour diverses populations
- La distribution socio-spatiale de la qualité environnementale (traitée dans le cours sur la justice environnementale)
- L'accès aux choix (subir ou choisir ses conditions de vie), ce qui ramène au pouvoir d'agir ou à son manque
- Les règles et arrangements au sein de la Société, qui deviennent autant de déterminismes sociaux

La réussite éducative comme cause ou conséquence

La réussite éducative est-elle la même partout ?

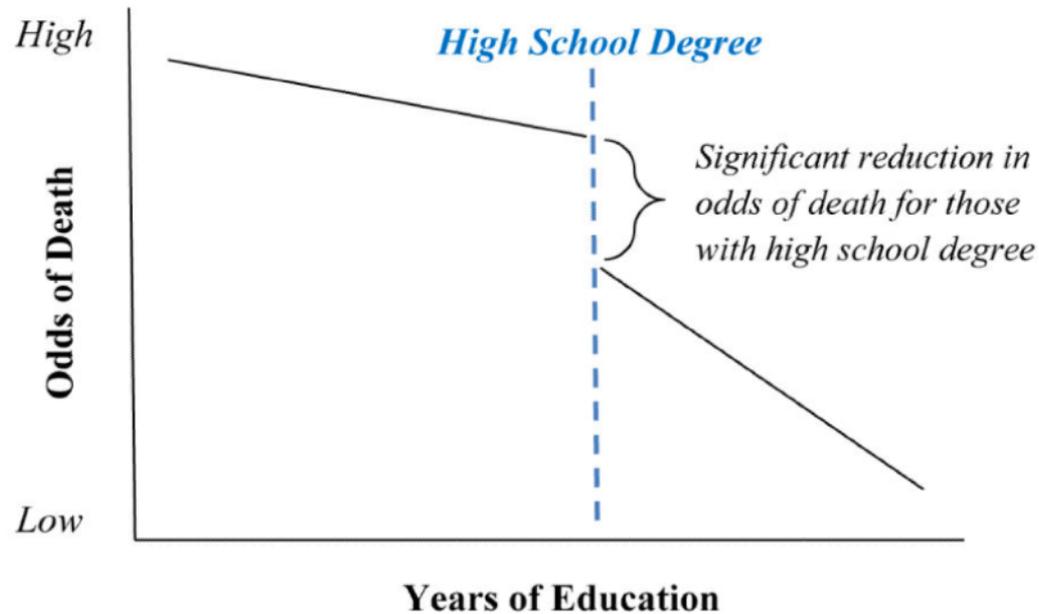
Des conditions d'une scolarité de moindre qualité fait partie des arrangements sociaux, soit moins d'opportunités de réussite dans les quartiers défavorisés

L'école est-elle vraiment inclusive ou, dit autrement, serait en mesure de s'adapter aux exigences et défis spécifiques ?

L'école de la république, avec ses résultats très inégalitaires, devrait nous alerter !

L'apprentissage vicariant accentue les inégalités de réussite scolaire

Ainsi, comme pour l'ensemble des inégalités sociales de santé, la réussite éducative souffre d'un « déterminisme » social, issu d'arrangements sociaux injustes, comme l'affirme l'OMS

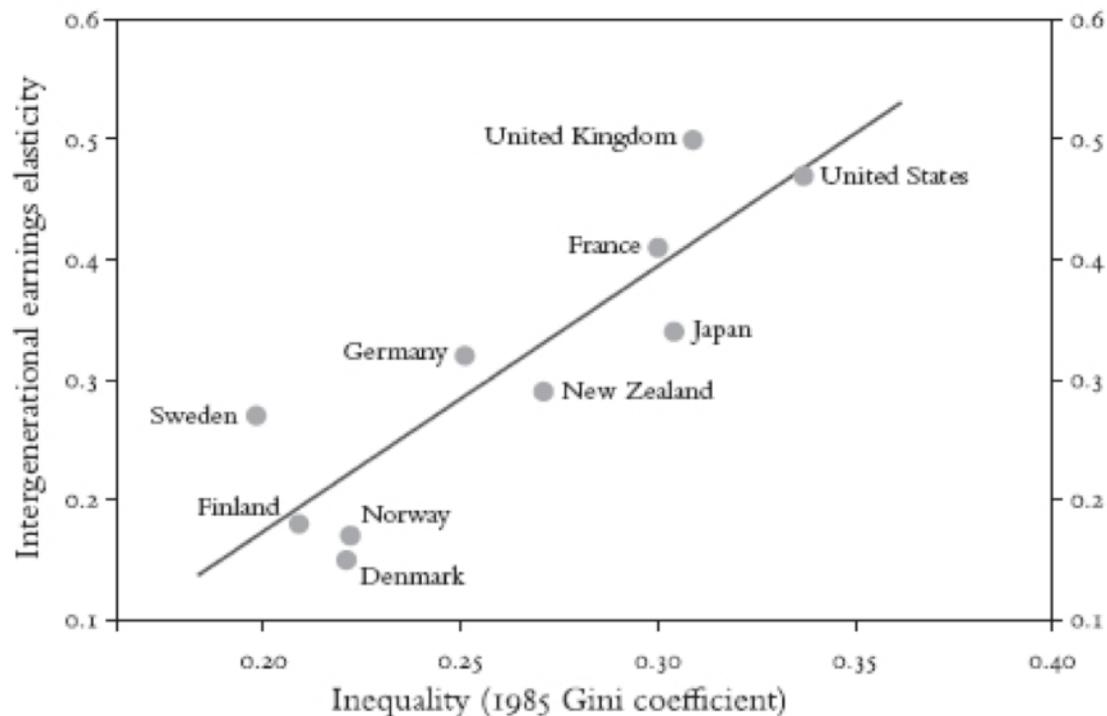


Source: Jennifer Karas Montez et al., “Educational Attainment and Adult Mortality in the United States: A Systematic Analysis of Functional Form,” *Demography* 49, no. 1 (2012): 315-336.

Figure 3.
Relationship between Educational Attainment and Mortality for US Adults

Inégalités et réussite (mobilité) sociale par pays

Higher income inequality associated with lower intergenerational mobility



Note: The Gini coefficient is a measure of income equality in which 0 = everyone has the same income; 1 = one person has it all.

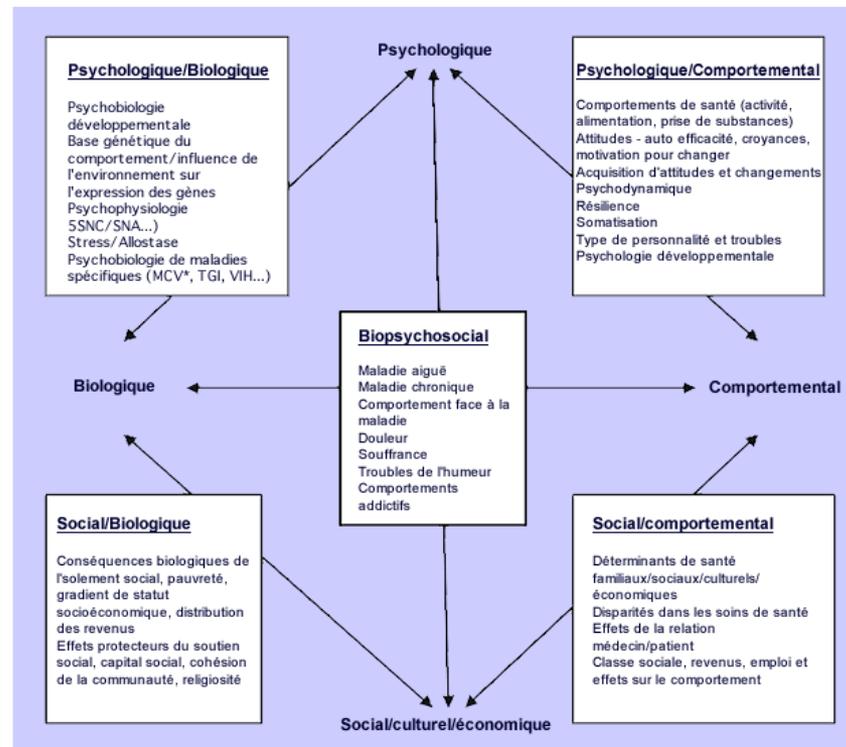
Source: Corak (2011), OECD, Council of Economic Advisors estimates.

La continuité soma-psyché ou le désespoir de Descartes

Des conséquences sur notre
compréhension de ce qui fait
bien-être et santé

Une vision intégrative : la médecine psychosomatique

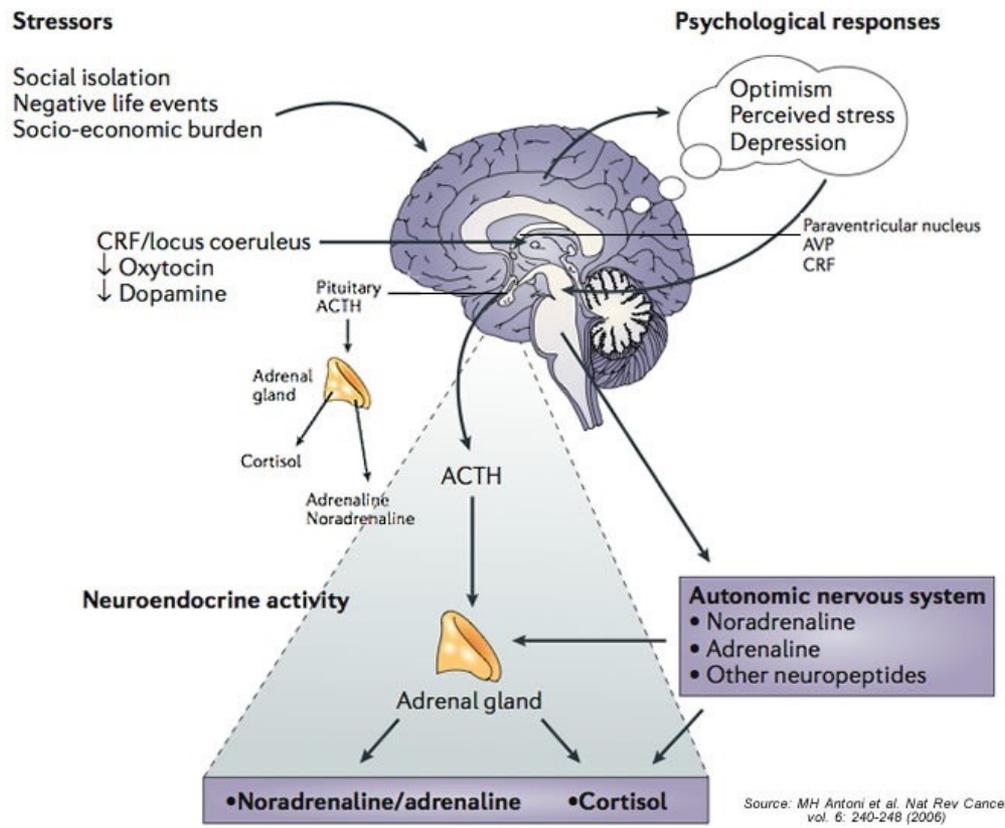
Les domaines de la médecine psychosomatique



* MCV : maladies cardiovasculaires, TGI : troubles gastrointestinaux

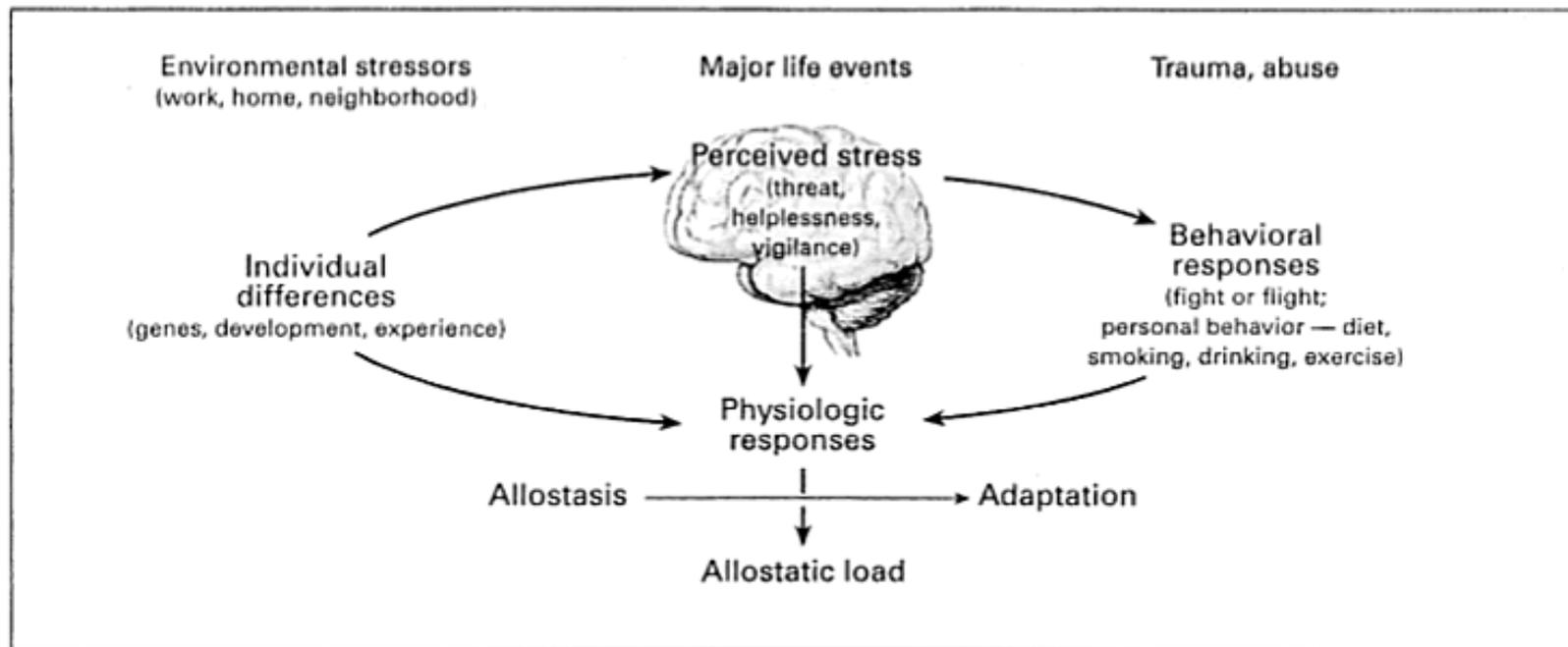
Source : *Academic Psychiatry*, 31:5, 2007

HPA axis and ANS



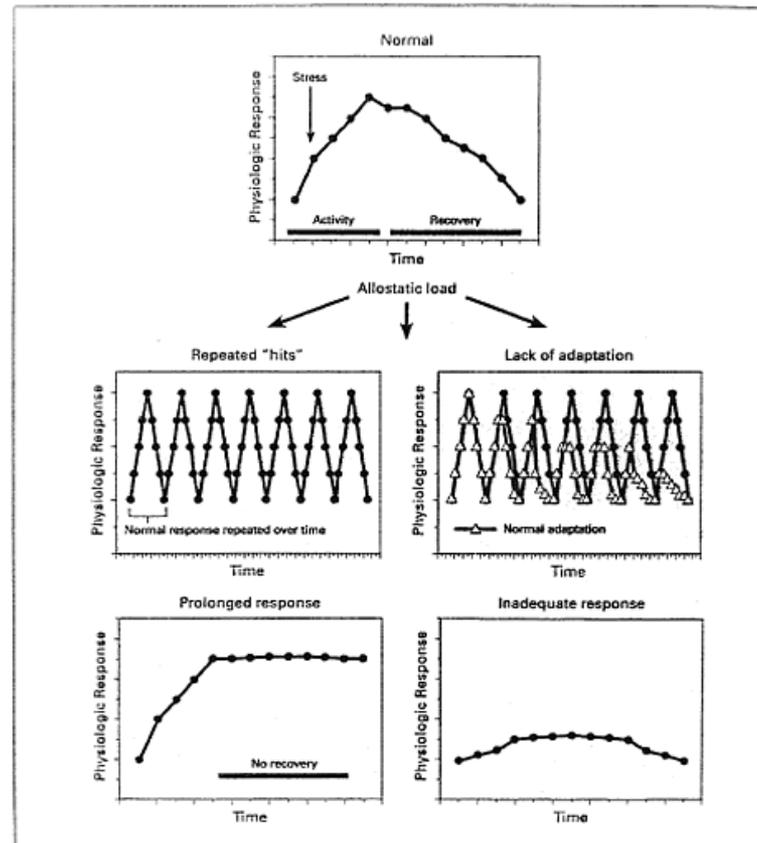
Source: MH Antoni et al. Nat Rev Cancer vol. 6: 240-248 (2006)

La réponse au stress et la charge allostatique



Source : McEwen, *Neuropsychopharmacology* 2000: 22(2), 108-124

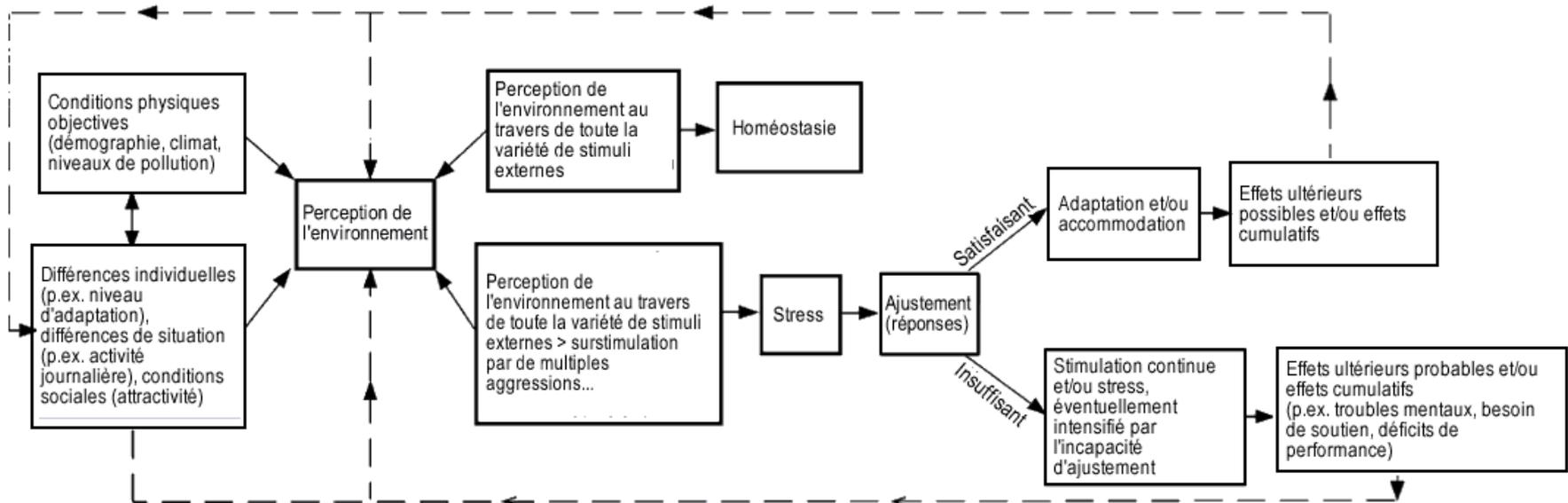
Différentes réponses allostatiques en réaction au stress



La réponse normale au stress, suffisante et transitoire, est représentée sur le haut de la figure. Deux situations anormales, soit par excitation répétée (milieu à gauche), soit par une réponse adaptative inadéquate (milieu à droite), peuvent conduire à une activation prolongée (bas gauche) ou suboptimale (bas droite). Ce cas peut être attribué à une sécrétion insuffisante de cortisol et une possible hyperactivité compensatoire du système des cytokines.

Le bien-être des populations en filigrane

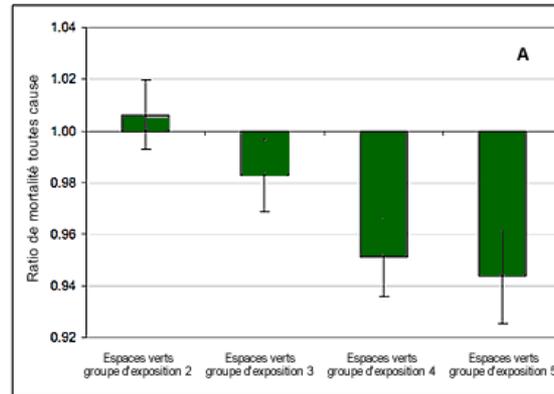
Le modèle du stress des impacts urbains



Accès à- et bénéfices d'un cadre de vie sain et agréable

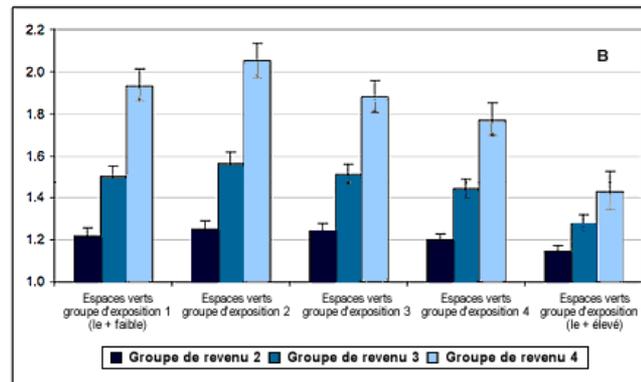
De la dépossession de l'accès
à des bénéfices universels

L'environnement atténue l'effet de la privation



A : Ratio relatif de mortalité toutes causes (avec IC de 95%) pour les différents groupes d'exposition en espaces verts, par rapport au groupe 1 (exposition la + faible)

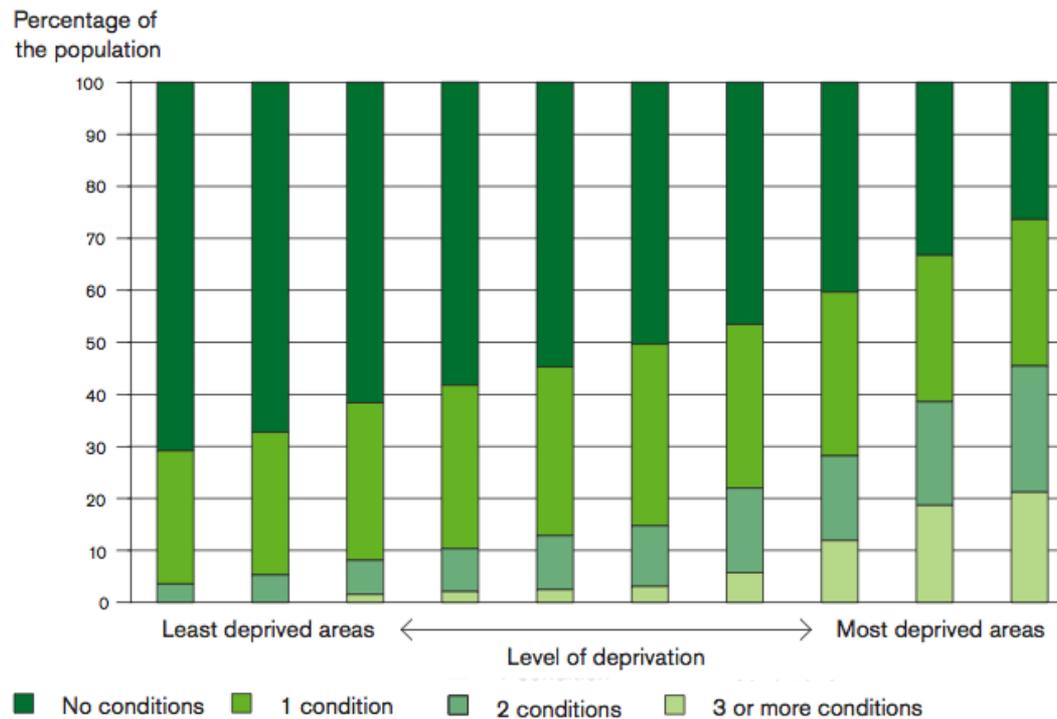
B : Ratios d'incidence (avec IC de 95%) pour la mortalité toutes causes dans les quartiles de privation 2 à 4, par rapport au 1 (le plus riche), stratifié par groupe d'exposition aux espaces verts.



Mitchell & Popham
Lancet 372:1655-1660 (2008)

Les conditions environnementales favorables présente une distribution socialement biaisée

Figure 10 Populations living in areas with, in relative terms, the least favourable environmental conditions, 2001–6



Environmental conditions: river water quality, air quality, green space, habitat favourable to biodiversity, flood risk, litter, detritus, housing conditions, road accidents, regulated sites (e.g. landfill) Source: Department for Environment, Food and Rural Affairs²³

Idéologies et affirmations

Le modèle de ce qui fait
société en est la base

Why should someone overweight still eat a large slice of chocolate cake?

RATIONAL CHOICE THEORIST: It is because the utility of doing so is greater than the utility of abstaining.

MM: How do you know that?

RCT: Well, they wouldn't have done it otherwise.

MM: Even if they enjoyed it for five minutes and spent the rest of the waking day in an agony of self-loathing? Is that maximising utility?

RCT: Steep discounting; they value the present ecstasy of chocolate gateau more highly than avoiding the future agony of self-loathing.

Marmot, Michael. *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World* (p. 58). Bloomsbury Publishing.

Top tips for health

England's Chief
Medical Officer (1999)

1. *Don't smoke. If you can, stop. If you can't, cut down.*
2. *Follow a balanced diet with plenty of fruit and vegetables.*
3. *Keep physically active.*
4. *Manage stress by, for example, talking things through and making time to relax.*
5. *If you drink alcohol, do so in moderation.*
6. *Cover up in the sun, and protect children from sunburn.*
7. *Practise safer sex.*
8. *Take up cancer-screening opportunities.*
9. *Be safe on the roads: follow the Highway Code.*
10. *Learn the First Aid ABC: airways, breathing, circulation.*

List compiled by A.
Gordon and colleagues
(University of Bristol)

1. *Don't be poor. If you can, stop. If you can't, try not to be poor for long.*
2. *Don't live in a deprived area. If you do, move.*
3. *Don't be disabled or have a disabled child.*
4. *Don't work in a stressful, low-paid manual job.*
5. *Don't live in damp, low-quality housing or be homeless.*
6. *Be able to afford to pay for social activities and annual holidays.*
7. *Don't be a lone parent.*
8. *Claim all benefits to which you are entitled.*
9. *Be able to afford to own a car.*
10. *Use education to improve your socio-economic position.*

Faisons le point

1. De nombreuses études montrent un lien entre le SSE et la santé, dans différentes localités et à toute les échelles
2. Nous avons identifié quelques mécanismes de pathogénèse, via le système de réponse au stress, surtout quand celui-ci est « dépassé »
3. Les conditions environnementales, favorables et défavorables sont distribuées « socialement » et nous devons découvrir les facteurs (structurels) à l'origine de cette répartition, pour agir dessus

Les trois facettes des disparités de santé

- Les disparités de santé observées sont systématiques, avec des caractéristiques cohérentes dans la population
- C'est les processus sociaux qui déterminent les inégalités en santé et non la biologie
- Ces inégalités d'origine sociale sont largement injustes, c'est-à-dire sont générés par des "arrangements sociaux" eux-mêmes injustes

Les impératifs incontournables

- Nous ne pouvons avancer sans tenir compte des plus « vulnérables » (remonter leur niveau est la priorité absolue), mais attention : le gradient concerne toutes les « strates »
- Ceci ne peut se faire sans leur **participation** et une nécessaire « **montée en compétence** »
- Le processus passe nécessairement par un certain degré « **d'empowerment** » si le but recherché est réellement la **robustesse sociale**, quid de la **résilience** ?

Réponses à quelques questions soulevées dans ce cours

- Le contexte social ne peut être réduit à un ensemble d'influences (expositions), sans prendre en compte l'expérience psychosociale (sentiments de relégation ou discrimination)
- Des conditions adverses, qui sont socialement distribuées, peuvent être incarnées et produire de la mauvaise santé
- Certains processus pathogènes sont médiés par le système de stress et peuvent être initiés in utero
- Ils peuvent perturber la programmation épigénétique (p.ex. dans le cerveau), avec des influences persistantes sur les comportements et l'expression des gènes, conduisant à des troubles neurodéveloppementaux et métaboliques

Du constat sur les ISS à leurs origines

Si défaveur et santé montrent une corrélation, quelles sont les mécanismes d'origine sociale ou politique qui les entretiennent ?

- Nous parlerons ailleurs des inégalités d'accès au cadre de vie de qualité (justice environnementale)
- Marmot propose aussi la perception de contrôle (origine psychosociale)
- Siegrist évoque une asymétrie entre investissements et retours, mais dans quoi ?
- D'autres aspects peuvent rentrer en compte et notamment le parcours de vie, l'éducation, finalement l'incorporation des règles du jeu social, la perception de son statut, son pouvoir d'agir (ou l'estime de soi), encore des facteurs psychosociaux
- Et la santé physique ?

Une sous-théorisation de ce qui fait Société

L'idéologie (néo)libérale contemporaine nous a imposé un modèle de Société faite d'individus indépendants et égoïstes

De même nous acceptons sans réfléchir le vocabulaire des « choix individuels » qui se fondent sur l'accès aux « bonnes informations » ou à des sensibilisations/formations

Une représentation plus riche de la Société pourrait partir d'une chaîne d'interdépendances, un ensemble de relations

De la même façon, nos choix sont influencés par notre expérience de vie, comme notre culture et notre adhésion à divers groupes sociaux, eux-mêmes engagés dans des relations de pouvoir (raison intéressée ou conformité ?)

Nous essayerons de substituer aux comportements individuels les pratiques sociales, au sein d'une Société relationnelle

En guise de conclusion

Si nous voulons nous attaquer aux ISS nous devons comprendre quelles sont les forces inégales qui opèrent et, à partir de l'expérience sociale font que le salut social, dans un monde inégalitaire, passent sous la peau

Quelles sont ces forces structurelles qui distribuent les chances sociales et produisent des ISS ?

Devons-nous dire à toute personne défavorisée comment « se comporter » ou quoi faire ?

Est-ce vraiment une question d'ignorance qui serait corrigée par des injonctions ?

Le problème peut-il être réduit à des choix rationnels ?

Ne devrait-on pas peser sur ces forces sociales à l'origine des inégalités, mais alors ce ne serait plus une simple question scientifique...