



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

**Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche en environnement et santé (GRES)**

Pondération des déterminants de la santé en Suisse

**Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un
modèle de déterminants de la santé pour la Suisse**

Etape I

Rapport final

6 août 2010

Auteur:

Nicola Cantoreggi

**Groupe de recherche en environnement et santé (GRES)
Institut des sciences de l'environnement-Université de Genève**

Supervision du travail au GRES : Dr. Jean Simos

Collaboration : Ufficio di prevenzione e valutazione sanitaria-Canton Ticino

Table des matières

Résumé.....	4
0. Préambule	8
1. Objectifs de l'étude	8
2. Méthodologie.....	8
3. Analyse des modèles de déterminants de la santé.....	10
3.1. Aperçu historique de l'approche par les déterminants de la santé	10
3.2. Le modèle Lalonde	11
3.2.1. Contexte	11
3.2.2. Composantes du modèle	11
3.2.3. Articulations des catégories de déterminants	12
3.2.4. Modèle Lalonde : existence/absence d'un découpage déterminants structurels / déterminants comportementaux	13
3.2.5. Modèle Lalonde : existence/absence de déterminants : genre, migration, capital culturel, revenu des ménages, formation, emploi, occupation	14
3.3. Le modèle Evans et Stoddart.....	14
3.3.1. Contexte	14
3.3.2. Composantes du modèle	14
3.3.3. Articulations entre catégories de déterminants	16
3.3.4. Modèle Evans et Stoddart : existence/absence d'un découpage déterminants structurels / déterminants comportementaux	18
3.3.5. Modèle Evans et Stoddart : existence/absence de déterminants : genre, migration, capital culturel, revenu des ménages, formation, emploi, occupation	18
3.4. Le modèle Dahlgren and Whitehead	19
3.4.1. Contexte	19
3.4.2. Composantes du modèle	19
3.4.3. Articulations entre catégories de déterminants	22
3.4.4. Modèle Dahlgren et Whitehead : existence/absence d'un découpage déterminants structurels / déterminants comportementaux	24
3.4.5. Modèle Dahlgren et Whitehead : existence/absence de déterminants : genre, migration, capital culturel, revenu des ménages, formation, emploi, occupation	24
3.5. Le modèle Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS)	25
3.5.1. Contexte	25
3.5.2. Composantes du modèle	26
3.5.3. Articulations entre les déterminants	30
3.5.4. Modèle CDSS : existence/absence d'un découpage déterminants structurels / déterminants comportementaux	32
3.5.5. Modèle CDSS : existence/absence de déterminants : genre, migration, capital culturel, revenu des ménages, formation, emploi, occupation	32
3.5.6. Eléments de critique du modèle	34
3.6. Synthèse	37
4. Pondération des déterminants de la santé	40
4.1 Introduction	40
4.2. Présentation et analyse des quelques exemples de pondération	40
4.2.1. Le modèle épidémiologique de Dever	40
4.2.1.1. La perspective comparative	42
4.2.1.2. La perspective critique	43
4.2.1.3. Synthèse	46

4.2.2. L'étude de Stronks	47
4.2.2.1. La perspective comparative	52
4.3. Discussion	53
5. Conclusion et perspectives	54
6. Bibliographie	56

Liste des figures et tableaux

<i>Fig. 1 : Le modèle Lalonde</i>	13
<i>Fig. 2 : Le modèle Evans et Stoddart (Evans et Stoddart, 1996 : 66)</i>	16
<i>Fig. 3 : Le modèle de Dahlgren et Whitehead (Dahlgren, 1995 in Plateforme EIS, 2010 :10)</i>	23
<i>Fig. 4: Le modèle CDSS (CDSS, 2009 :43)</i>	30
<i>Fig. 5: Le modèle de Dever (Dever, 1976:455)</i>	41
<i>Fig. 6. Le cadre théorique de Stronks et al. (1996 :656)</i>	48
 <i>Tab. 1: Synthèse des éléments saillants des modèles retenus dans l'analyse</i>	 37
<i>Tab. 2: Comparaison des dépenses fédérales dans la santé et de l'attribution de la mortalité selon le modèle épidémiologique (Dever, 1976:465, traduit par nos soins)</i>	42
<i>Tab. 3 : Comparaison des modèles d'allocation de la mortalité (Dever, 2006:16, traduit et adapté par nos soins)</i>	42
<i>Tab. 4.: Comparaison de l'attribution des causes de mortalité aux catégories du modèle épidémiologique</i>	44
<i>Tab. 5: Pondération (en %) des facteurs explicatifs de l'état de santé (Stronks et al. (1996), repris par Giesecke et Müters (2009 : 56)</i>	50
<i>Tab. 6: Tableau comparatif des études ayant utilisé la méthodologie de Stronks et al. (1996) pour établir une pondération (en %) des facteurs explicatifs de l'état de santé (Giesecke et Müters (2009 : 56))</i>	52

Résumé

A partir du milieu des années 70, la réflexion critique quant à la capacité du seul système de soins à expliquer l'état de santé de la population a donné naissance à une nouvelle approche. Cette dernière postule que d'autres facteurs, externes au domaine sanitaire, contribuent à déterminer la santé de la population. Est ainsi née **l'approche par les déterminants de la santé**.

Les modèles conceptuels

Le cadre conceptuel de cette approche a été décliné en **plusieurs modèles**, qui ont évolué conjointement aux avancées de la recherche.

Le modèle Lalonde (1974) a, le premier, postulé ce nouveau paradigme, en identifiant quatre grandes catégories de déterminants : biologie humaine ; environnement ; habitudes de vie ; organisation du système de soins. Ces catégories sont en principe placées sur un pied d'égalité, mais une importance spécifique est tout de même attribuée à la responsabilité individuelle en matière d'habitudes de vie.

Le modèle Evans et Stoddart (1990) a proposé une version plus fine et sophistiquée du modèle Lalonde. Partant principalement d'une critique de l'importance excessive attribuée aux habitudes de vie, il aboutit à une proposition se déclinant en six catégories de déterminants - patrimoine génétique ; environnement social ; environnement physique ; système de soins ; réaction individuelle, prospérité - et trois états de santé : pathologie ; état fonctionnel ; prospérité. L'apparition de la catégorie « réaction individuelle », à l'interface entre les déterminants environnementaux et l'état de santé, annonce l'émergence de l'articulation entre facteurs structurels et facteurs comportementaux, dans l'explication de l'état de santé. Aussi, fait son apparition le thème des inégalités (ou inéquités) de santé.

Le modèle Dahlgren et Whitehead (1991) a, le premier, retenu explicitement **l'approche par les inégalités (ou inéquités) de santé** et a organisé la réflexion sur les déterminants dans cette perspective. Le modèle est articulé en cinq couches, disposées en arc-en-ciel et allant du général au particulier : conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales ; conditions de vie et de travail ; réseaux sociaux et communautaires ; styles de vie ; âge, sexe et facteurs héréditaires. A l'exclusion de la dernière catégorie, chacune des autres couches représente un niveau possible d'action publique et une même thématique (par ex. le tabagisme) peut être traitée à ces différents niveaux, de manière séquentielle ou conjointe. La catégorie « conditions de vie et de travail » est considérée comme le principal déterminant en matière d'inégalités de santé. Elle se décline en plusieurs déterminants spécifiques : formation, emploi, logement, environnement de travail, alimentation et secteur agricole, secteur des soins.

Le modèle CDSS (2008), élaboré sous l'égide de l'OMS et la direction de M. Marmot propose une synthèse de presque quatre décennies de recherche sur les déterminants de la santé, en consacrant l'approche par les inégalités de santé. Le modèle se présente en trois catégories. La première catégorie représente la dimension *macro* et elle réunit tout ce qui touche au

contexte socio-économique et politique générale. La deuxième catégorie se compose des **déterminants structurels des inégalités de santé et le statut socio-économique**. Elle constitue **l'élément central du modèle**, les inégalités étant déterminées par le statut socioéconomique différent des individus, qui résulte du revenu, de la formation et de l'emploi, auxquels se combinent deux autres facteurs, le genre et l'ethnie/race. La troisième catégorie comprend les déterminants intermédiaires de la santé. Elle comprend les circonstances matérielles, les circonstances psychosociales ou socio-environnementales, les facteurs biologiques et comportementaux et le système de santé. Ces déterminants matérialisent la situation antécédente d'inégalité, en participant à la distribution différenciée de l'exposition et de la vulnérabilité des groupes sociaux à des conditions dommageables à la santé.

L'analyse comparée de ces modèles met en évidence plusieurs aspects :

- Un double phénomène de complexification et de hiérarchisation des modèles, qui sont conformes à l'évolution de la recherche, mais qui sont également marqués par le contexte politique et socio-économique de l'époque à laquelle ils ont été produits
- Un glissement progressif vers le thème des inégalités de santé, en particulier à partir des années 90, aussi lié aux nouveaux savoirs acquis et aux critiques portés aux modèles économiques prédominants à cette époque
- Un changement dans les facteurs explicatifs au cœur des modèles, les déterminants structurels remplaçant progressivement les déterminants individuels
- Le changement de statut de certains déterminants, tels le *système de soins*, qui est progressivement intégré en tant que déterminant social de la santé en relation à la problématique de l'accessibilité aux soins, et *l'environnement naturel*, qui de déterminant autonome, devient *l'un* des facteurs d'exposition et de vulnérabilité différentiels sur le lieu de travail ou au domicile, au même titre que d'autres déterminants.

La pondération des déterminants

Certains de ces modèles ont fait l'objet d'un travail de pondération, visant à clarifier l'importance relative de différentes catégories de déterminants.

L'approche de Dever (1976), repris par d'autres auteurs et utilisé en particulier en Amérique du Nord dans une perspective de *benchmarking* entre entités territoriales (comtés, états) a utilisé le **modèle Lalonde** pour élaborer un modèle épidémiologique spécifique. L'approche vise à identifier le(s) facteur(s) explicatifs pour chacune des principales causes de maladie et de mortalité et à les ventiler dans les quatre catégories de déterminants. Cette attribution est faite à travers un réseau d'experts. Elle est subjective mais conforme à la majorité de la littérature médicale de l'époque. Cette approche a été validée successivement par le CDC d'Atlanta et confortée lors de l'utilisation de données produites dans des études ultérieures sur les causes de mortalité aux Etats-Unis.

Les résultats obtenus mettent en évidence la primauté des comportements individuels résultant des habitudes de vie comme facteur explicatif de la mortalité.

Les critiques qui lui ont été faites dans le cadre d'analyses empiriques visant à la reproduire, ont porté sur les limites d'une approche par *système-expert*, la difficulté de classification des facteurs explicatifs (facteurs de risque) dans les catégories des déterminants, ou encore la dimension multifactorielle de certaines maladies, qui rend difficile l'établissement de liens de causalité. Dans ce cadre, les correctifs proposés plaident pour une utilisation rigoureuse des données épidémiologiques, permettant de retenir uniquement les facteurs de risque clairement corrélés à des pathologies bien identifiées. Cela ne permet pas de viser à l'exhaustivité, les différences de mortalité n'étant que partiellement expliquées par les facteurs de risque connus, et par conséquent, rend caduque l'effort général de pondération. Cela répond tout de même à l'objectif de disposer d'une base minimale de connaissances pour orienter l'action publique. Ce dernier objectif demeure central chez Dever et les auteurs et institutions qui s'en sont inspirés par la suite.

L'approche de Stronks et al. (1996) est une analyse empirique qui vise à mesurer le poids différentiel des principaux facteurs explicatifs de l'état de santé des populations, en fonction du gradient socio-économique. Elle a été reproduite à maintes reprises, donnant des résultats similaires. Si cette première analyse est antérieure au modèle CDSS, on peut considérer qu'elle est représentative de ce référentiel conceptuel, aussi bien par l'orientation retenue (les inégalités de santé), que par les facteurs discriminants (différences de statut socio-économique (SSE)) et la pondération entre facteurs explicatifs (structurels et comportementaux). L'analyse, réalisée au moyen de méthodes statistiques (régression logistique), compare différents modèles qui mesurent les effets directs et indépendants des facteurs structurels et comportementaux sur la santé, mais également la superposition entre les deux, qui exprime la part d'explication attribuée aux facteurs structurels qui passe par les facteurs comportementaux. La pondération est établie pour la catégorie au SSE la plus bas, à partir de l'excès de risque (différentiel de *odds ratio*) par rapport à la catégorie au SSE le plus haut.

Les variables de l'analyse sont les suivantes :

- indicateurs mesurant le SSE : formation (en 7 niveaux)
- indicateurs de santé : conditions chroniques (23 maladies) ; affections diverses (13 situations), état de santé général (4 catégories)
- facteurs comportementaux : fumée (fumeur ou ancien fumeur, consommation journalière), consommation moyenne d'alcool (par jour et fréquence hebdomadaire), activité physique (heures passés dans des activités diverses), indice de masse corporelle
- facteurs structurels : nb de personnes par pièce, conditions physiques de l'habitat (humidité, moisissure, froid), conditions du quartier (problèmes de bruit, odeur, vandalisme), problèmes financiers (difficultés à payer le loyer, les achats, les factures. etc.), situation en emploi (indépendant ou employé), conditions physiques du travail (problèmes d'exposition au bruit, à la poussière, activités dangereuses, etc.)
- facteurs confondants : âge, statut marital, religion, niveau d'urbanisation.

Les résultats de Stronks et al., ainsi que des études successifs mettent tous en évidence le potentiel explicatif assez élevé de cette approche, la part non expliquée de l'état de santé étant d'environ 30%. Ils soulignent également le poids systématiquement plus important des facteurs structurels par rapport aux facteurs comportementaux. Dans ce cadre, un autre

élément très significatif est la possibilité de discriminer lorsque les facteurs structurels agissent via les facteurs comportementaux. Avec les précautions requises lorsque l'on souhaite généraliser des résultats, il apparaît que l'approche de Stronks et al. conforte fondamentalement le choix du modèle CDSS (mais également de celui de Dahlgren et Whitehead), qui a identifié dans les déterminants structurels et le statut socio-économique les principales sources des inégalités de santé.

Conclusions et perspectives

Aujourd'hui, malgré la cohabitation de différents modèles, l'approche par les déterminants des inégalités (ou inéquités) de santé constitue la référence principale dans le domaine de la sociologie épidémiologique. Sa pertinence est confirmée par le volume très important de données empiriques produites depuis une trentaine d'années. Aussi, il a été validé par plusieurs études qui se sont intéressées à la question de la pondération des déterminants.

A la lumière de ces considérations, son adoption en tant que cadre de référence pour la Suisse, moyennant les nécessaires adaptations, nous paraît se justifier.

En vue de poursuivre cette recherche par une deuxième étape, deux aspects doivent être pris en compte :

- L'éventuel choix du modèle CDSS en tant que modèle pour la Suisse, présuppose de considérer les tenants et les aboutissants de ce référentiel. En particulier, l'accent que ce modèle met sur les facteurs structurels, implique qu'une action efficace pour réduire les inégalités de santé passe par la possibilité d'agir sur eux. Un tel choix renvoie fortement aux mécanismes fondamentaux de régulation économique et de distribution de la richesse choisis par l'Etat. **Dans ce cadre, la décision quant au choix de ce modèle est en premier lieu de nature politique.**
- L'opérationnalisation du modèle retenu par le biais d'une pondération des déterminants des inégalités de santé présuppose de disposer d'une approche méthodologique extrêmement solide et des données statistiques pour alimenter correctement le modèle. Au niveau de la méthode, l'approche initiée par Stronks et al. (1996) et reproduite dans différentes études successifs, notamment dans un affinement de la méthode par Giesecke et Müters (2009), présente les critères de robustesse scientifique exigés pour un tel exercice. Au niveau des données, le premier inventaire de données établis à partir de l'Enquête suisse sur la santé, offre une large couverture au niveau des pathologies et des facteurs comportementaux. La couverture des facteurs structurels n'est, quand à elle, que partiellement satisfaisante. Il y a donc lieu de vérifier la possibilité de combiner les données de l'ESS avec d'autres données couvrant plus amplement le domaine des facteurs structurels, et, à défaut d'en trouver, déterminer si sur la base des données à disposition, le travail de pondération peut tout de même être envisagé. **Dans ce cadre, la décision quant à la réalisation d'une pondération des déterminants des inégalités de santé en Suisse est de nature scientifique.**

0. Préambule

La division *Politiques multisectorielles de la santé* de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a sollicité *l'Ufficio di prevenzione e valutazione sanitaria* (UPVS) du *Dipartimento della sanità e della socialità*, Canton Ticino, en vue de la réalisation d'une étude sur la pondération des déterminants de la santé en Suisse. Le présent document constitue le rapport d'analyse, élaboré par le *Groupe de recherche en environnement et santé* (GRES) de l'Université de Genève, partenaire de l'UPVS dans le cadre de la Plateforme suisse sur l'évaluation d'impact sur la santé.

1. Objectifs de l'étude

La présente étude constitue la première étape d'une étude plus large ayant comme **objectif général** *de disposer d'un modèle de déterminants pour la Suisse, basé sur les données probantes qui, outre les déterminants « Genre » et « Migration », décrit et pondère les déterminants à l'origine des inégalités sociales de santé.*

Elle poursuit les **objectifs spécifiques** suivants:

- Identifier, décrire et analyser les principaux modèles de déterminants de la santé et des inégalités de santé
- Décrire et analyser les pondérations des déterminants au niveau
 - de chaque modèle de déterminants retenu, et/ou
 - des analyses empiriques qui s'en inspirent.

2. Méthodologie

La méthodologie d'analyse s'articule en 2 étapes principales.

Etape 1- Identification, sélection et analyse des modèles de déterminants de la santé

• Identification et sélection des modèles

Malgré une littérature extrêmement abondante sur le sujet, le nombre de modèles originaux proposés apparaît réduit. Le document de projet mentionne Lalonde (1974), Dahlgren et Whitehead (1991) et CDSS (2009). Afin de compléter la liste, il serait opportun de considérer d'autres références, par exemple Dever (1976) ou Evans et Stoddart (1990), qui représentent des développements aux modèles susmentionnés et sont susceptibles d'apporter des éclairages spécifiques dans la manière de catégoriser les déterminants et/ou qui explicitent le lien entre déterminants de la santé et état de santé/inégalités de santé (cf. en particulier l'étape de listage et de commentaire des études empiriques).

• Analyse des modèles de déterminants de la santé

Les modèles de déterminants retenus seront analysés dans le détail, selon la double clé de lecture établie par le document de projet : (1) existence ou absence d'une distinction entre déterminants structurels et déterminants liés aux comportements individuels et (2)

existence ou absence des catégories de déterminants spécifiés dans le document de projet. Il est opportun de souligner que les deux clé de lecture indiquées par le mandant sont implicitement porteuses d'une catégorisation des déterminants. Il conviendra donc d'explicitier cette catégorisation avant de les utiliser pour l'analyse.

La synthèse de l'étape 1 sera produite sous la forme d'un tableau typologique.

Etape 2 – Pondération et analyse/commentaire des études empiriques

Le travail de pondération des déterminants interviendra en prolongement à l'analyse et la classification des modèles. L'analyse suivra deux axes. Le premier se donne pour objectif de préciser les modes de calcul retenus pour parvenir à la répartition des poids entre catégories de déterminants/déterminants et à expliciter les indicateurs et les bases de données employées. Le deuxième vise à relier le poids de chaque catégorie aux effets sanitaires exprimés sous la forme d'un double différentiel : (1) au niveau de l'état de santé de la population en général et (2) à l'intérieur de cette même population, en fonction des inégalités sociales qui la caractérise.

Dans la mesure où les modèles retenus pour l'étude ne proposent pas directement ce type de pondération, il a été décidé d'utiliser des **études empiriques** pour remplir cette tâche. Ces études empiriques seront également constitutives d'une première liste illustrative soumise à analyse et commentaire.

3. Analyse des modèles de déterminants de la santé

3.1. Aperçu historique de l'approche par les déterminants de la santé

A partir des années 70, les réflexions critiques autour du système de soins comme principal facteur explicatif de l'état de santé se sont développées, principalement en Amérique du Nord et dans les pays anglo-saxons. Par ailleurs elles s'inscrivent dans le cadre d'un mouvement plus large, qui comprend également les critiques sur les modèles d'éducation à la santé. L'émergence d'une approche plus large, prenant en compte d'autres déterminants, parmi lesquels les déterminants sociaux, se matérialisa par la proposition du premier modèle d'ensemble dans le rapport « Nouvelle perspective de la santé des canadiens », mieux connu comme le rapport Lalonde (1974). Ce modèle fondateur connut des développements ultérieurs visant à l'améliorer, en particulier à travers les travaux d'Evans et Stoddart (1976). L'Organisation mondiale de la santé (ci-après OMS) s'inscrivit plus spécifiquement dans un modèle social de la santé à travers la Déclaration de Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) et le mouvement qui s'est développé par la suite autour de la stratégie « *Santé pour tous* ».

Bien que de nombreux gouvernements aient souscrit au principe d'une action intersectorielle en faveur des déterminants sociaux de la santé (ci-après DSS) dans le cadre de *Santé pour tous*, l'émergence progressive d'un modèle économique néolibéral dès la fin des années 70 a constitué un frein à l'application de politiques publiques centrées sur les DSS. La priorité de l'époque fut portée à une approche par le marché visant prioritairement l'amélioration de l'efficacité du secteur des soins et qui restait fondée sur une approche biomédicale de la santé.

Cette approche fut rapidement contestée par les milieux de la recherche. Les travaux d'Illich (1976) et McKeown (1976) avaient déjà fortement contribué à déconstruire l'idée que la seule amélioration du système de soins puisse contribuer de manière significative à améliorer la santé des populations. Dans ce cadre, le rapport « Inégalités de santé » au Royaume-Uni, plus connu comme le rapport Black (1980), apporta des éléments fondamentaux dans la compréhension du rôle des déterminants sociaux dans la création d'inégalités en matière de santé. L'importance de facteurs tels que l'éducation, le logement ou l'état social fut mis en exergue et différents pays s'en inspirèrent pour conduire des enquêtes nationales similaires.

Les enquêtes successives menées dans le cadre de l'étude Whitehall et portant sur la relation entre déterminants sociaux de la santé et maladies cardiorespiratoires et mortalité au niveau des fonctionnaires britanniques mâles, confirmèrent l'omniprésence d'un gradient social en matière de santé.

L'intégration du thème des inégalités et de l'équité dans l'agenda de l'OMS prit son essor et donna naissance à l'élaboration de nouveaux modèles explicatifs sur les déterminants de la santé, principalement centrés sur la question des inégalités. Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1990) s'inscrivit dans cette logique. Il proposa en particulier un modèle multi-niveaux des déterminants de la santé, devant permettre de décliner les politiques publiques dans une optique d'amélioration de l'équité en matière de santé.

Au courant des années 90 et des années 2000, la thématique de l'équité en santé et des DSS est devenue explicite dans les politiques de nombreux pays, alimentée par le volume

croissant de données probantes documentant les difficultés des politiques sociales et sanitaires en place à réduire les écarts d'équité en matière de santé.

En 2003, l'OMS pris l'engagement de relancer les valeurs fondamentales de la stratégie *Santé pour tous*, et de valoriser les thèmes de l'équité en matière de santé, et celui de la justice sociale. Dans ce cadre fut créée la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (ci-après CDSS), qui, sous la direction de M. Marmot, se vit assigner la tâche de réunir et organiser les connaissances en matière de DSS, dans le but de d'organiser rapidement l'action publique, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire ou faible. A travers les travaux de la CDSS (2008), 60 ans après sa définition de la santé et 30 ans après la Déclaration d'Alma-Ata, l'OMS proposa une autre contribution majeure à la compréhension des tenants et des aboutissants de l'état de santé des populations à travers le monde. De ces travaux est issu un quatrième et dernier modèle de déterminants de la santé.

Les quatre modèles mentionnés dans ce bref historique feront l'objet d'une description et d'une analyse plus détaillées. Ils ont été retenus pour leur caractère marquant et novateur et parce qu'ils sont illustratifs de l'évolution qu'a connu cette approche depuis son apparition dans les années 70.

3.2. Le modèle Lalonde

3.2.1. Contexte

Le Rapport « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens » a été publié en 1974 sous l'égide du Ministre canadien de la santé, Marc Lalonde. Il constitue la première tentative à l'échelon d'un gouvernement national de proposer une approche qui considère que le système de soins ne constitue pas le principal facteur explicatif de la santé des populations. A l'époque son impact fut considérable, paradoxalement bien davantage à l'étranger qu'au Canada même. Cela en raison du fait que s'agissant d'un rapport produit à l'échelon fédéral, alors que la responsabilité de la politique de santé se situait à l'échelon provincial, sa mise en œuvre rencontra des grandes difficultés. A l'étranger par contre, le rapport inspira des démarches similaires (et de meilleure qualité) dans différents pays. De manière générale, il contribua à inaugurer une nouvelle manière de penser la santé (Hancock, 1986) et son modèle conceptuel a servi de base pour l'élaboration des modèles ultérieurs.

3.2.2. Composantes du modèle

L'élaboration du modèle part du constat que le système de soins n'est pas à même de fournir une réponse suffisante pour expliquer les principaux problèmes de santé des canadiens. Ces derniers trouvent leur explication dans d'autres facteurs et ce constat incite à revoir la conception de la santé, en passant d'un modèle strictement bio-médical, à un modèle global. Les fondements théoriques de ce modèle et qui ont servi de base au rapport Lalonde ont été élaborés par Laframboise (1973). Ils distinguent **quatre** catégories principales : **la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé**. Ces catégories ont été retenues suite à l'étude des données relatives à la

mortalité et à la morbidité au Canada et aux influences qu'elles exercent sur la santé des populations.

Biologie humaine

« Elle englobe tous les aspects de la santé, à la fois physique et mentale, qui ont leur origine à l'intérieur de l'organisme et qui dépendent de la structure biologique de l'homme et de la constitution organique de l'individu » (Lalonde, 1974 :33). Dans cette perspective, sont inclus dans cette catégorie le patrimoine génétique individuel, les processus d'évolution du corps humain (maturation et vieillissement) et les nombreux « systèmes internes complexes du corps humain ».

Environnement

« L'environnement représente l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun (Lalonde, 1974 :34) ». Cette définition couvre tout ce qui concerne l'exposition aux facteurs de risque liés l'environnement naturel ou construit (pollutions) et aux maladies, mais également le milieu social et ses transformations rapides. Il s'agit donc d'une définition qui exprime la conception anglo-saxonne très large du mot « *environment* », qui dépasse le seul domaine de l'environnement dit naturel (ou physique).

Habitudes de vie

« Les habitudes de vie représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé, en somme les facteurs sur lesquels l'homme peut exercer un certain contrôle » (Lalonde, 1974 :34). Cette catégorie de déterminants s'oppose schématiquement à la précédente du fait qu'elle inclue tous les comportements sur lesquels l'individu peut avoir une maîtrise et qui, par conséquent, peuvent être adaptés afin de limiter ou supprimer les risques d'impacts nuisibles sur la santé.

Organisation des soins de santé

« Comprend non seulement la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé » (Lalonde, 1974 :34). Cette définition couvre ce qui est habituellement désigné comme le système de santé.

3.2.3. Articulations des catégories de déterminants

Le modèle Lalonde postule que les **quatre catégories** de déterminants se trouvent sur un **plan d'égalité**. Ce postulat a été passablement contesté par la suite (cf. chapitre 3.2.4).

L'état de santé de la population découle de « l'un de ces quatre éléments ou de leur combinaison » (Lalonde, 1974 :35). Ce modèle implique donc une **approche multidimensionnelle de la santé**.

La question de la pondération, entendue dans le sens **de l'importance relative et des interactions** est également posée de manière explicite, mais elle n'est pas développée dans le détail, ce type de quantification ne constituant pas l'une des finalités du modèle. Des recherches ultérieures (cf. chapitre 4.2.1.) vont se charger de donner une expression quantitative aux interactions entre ces quatre catégories de déterminants).

Finalement, il est souligné que ces quatre catégories peuvent faire l'objet d'une subdivision ultérieure sous la forme de **sous-facteurs**.

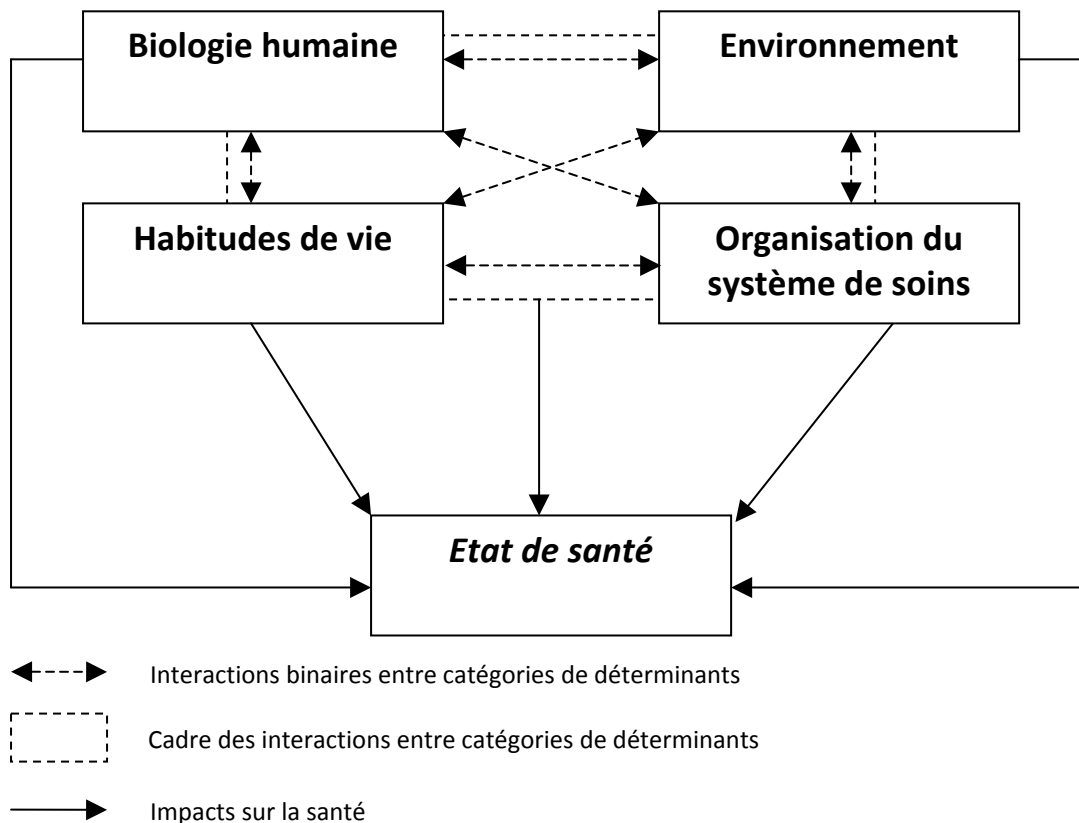


Fig. 1 : Le modèle Lalonde

3.2.4. Modèle Lalonde : existence/absence d'un découpage déterminants structurels / déterminants comportementaux

Ce type de découpage, qui résulte des développements méthodologiques ultérieurs des années 80, n'est pas formellement présent dans le modèle Lalonde. Néanmoins, en procédant par analogie, on peut considérer que la catégorie « Environnement » du modèle recouvre ce qu'on pourrait qualifier de déterminants structurels et que la catégorie « Habitudes de vie » du modèle correspond parfaitement à la seconde dénomination. Il est par ailleurs important de souligner que la catégorie de « Habitudes de vie » revêt une importance certaine dans le modèle de Lalonde. L'auteur revient à plusieurs reprises sur l'idée que le comportement joue un rôle central dans l'état de santé individuel. Cette emphase portée à la responsabilité individuelle constitue l'un des principaux reproches qui ont été faits au modèle Lalonde (Hancock 1986, Evans et Stoddart, 1990). Dans ce cadre, l'importance accordée aux facteurs de risques individuels et aux maladies qui leur sont corrélées a été considérée comme étant l'expression à l'idéologie conservatrice dominante de la fin des années 70 et des années 80 (Evans et Stoddart, 1990).

3.2.5. Modèle Lalonde : existence/absence de déterminants : genre, migration, capital culturel, revenu des ménages, formation, emploi, occupation

Le caractère peu détaillé du modèle ne laisse pas la place à des développements spécifiques sur certains déterminants. Eparpillés dans le texte apparaissent des exemples qui font référence à certains de ces déterminants, lorsque par exemple on souligne que « les conditions de travail, notamment les effets psychologiques néfastes du travail à la chaîne favorisent également l'éclosion de maladies physiques et mentales » (Lalonde, 1974 :18). Néanmoins, cela ne s'inscrit pas dans un cadre plus global où seraient explicités et modélisés les principaux chemins de causalité (*causal pathways*) reliant ces déterminants, ou certains d'entre eux à des pathologies précises.

3.3. Le modèle Evans et Stoddart

3.3.1. Contexte

L'article « Produire de la santé, consommer des soins » a été publié en 1990. Il sera repris six ans plus tard dans le cadre de l'ouvrage, coordonné par Evans et al. (1996) « Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie » dans lequel le modèle d'Evans et Stoddart est complétée par une série de chapitres couvrant les différents éléments de cette problématique.

Ce modèle, qui a vu le jour douze ans après le modèle Lalonde représente un développement de ce dernier, par rapport auquel il propose une réflexion critique en vue d'apporter des correctifs aux éléments jugés les plus discutables. Pour ses auteurs, il s'agit en particulier de re-évaluer la place accordée par le modèle Lalonde aux déterminants individuels. Ce modèle introduit également des éléments de discussion sur le gradient socio-économique de la santé.

3.3.2. Composantes du modèle

Ce modèle est le résultat d'une construction progressive qui, partant des relations au niveau du binôme « pathologie-système de soins », articule d'autres catégories de déterminants, pour enfin aboutir à l'élaboration d'un modèle d'ensemble.

Le modèle final (cf. schéma dans le chapitre 3.3.3) présente six catégories de déterminants et trois catégories liées à l'état de santé de la population.

Les six catégories de déterminants se caractérisent comme suit.

Patrimoine génétique

Cette catégorie résulte du démembrement de la catégorie de Lalonde « biologie humaine » qui agrégeait les facteurs biologiques et les facteurs génétiques. A la lumière des données probantes sur l'articulation entre la biologie et l'environnement social (et qui préfigurent l'approche psychosociale en matière de déterminants de la santé), Evans et Stoddart

choisissent de classer les éléments biologiques dans une nouvelle catégorie « réaction de l'individu »

Environnement social

« Cette catégorie recouvre un ensemble très diversifié de résultats concernant les effets qu'ont sur la santé le soutien social ou l'isolement, les carences affectives, le stress. Ces notions englobent de façon générale, tous les aspects de l'organisation sociale susceptibles d'affecter l'état de santé » (Evans et al, 1996 : 88).

Environnement physique

« Cette catégorie recouvre les effets potentiellement pathogènes de l'exposition à des agents physiques et biologiques, au domicile, au travail ou ailleurs » (Evans et al, 1996 : 88). Les auteurs soulignent que cette définition pourrait être étendue à la dimension physique de l'environnement de travail (structuration sociale du milieu de travail, exigences du poste, liberté d'action).

Système de soins

Cette catégorie recouvre la définition proposée par Lalonde.

Réaction individuelle

Cette catégorie réunit aussi bien des facteurs comportementaux que biologiques. Il se veut construite selon une analogie avec le concept épidémiologique « d'agent-hôte » mais va plus loin. En ce qui concerne les facteurs comportementaux, cela fait référence aux décisions prises par les individus. Les auteurs introduisent une distinction entre « le choix individuel » qu'ils considèrent comme pouvant être influencé par l'environnement social des individus, de « l'acte individuel », qui renvoie directement aux habitudes de vie tels que définis par Lalonde. Ces deux aspects contribuent à définir les comportements des individus.

En ce qui concerne les facteurs biologiques, cela comprend les réactions biologiques de l'organisme dans son interaction avec l'environnement social. Les auteurs citent la problématique du stress dans le cadre des relations hiérarchiques au travail, où les conditions nutritionnelles en âge précoce, résultant largement de l'environnement social, et qui sont susceptibles de produire des effets à plus long terme (Evans, Stoddart, 1996 : 63).

Prosperité

Cette catégorie recouvre l'idée de la création collective de richesse.

Les trois catégories relatives à l'état de santé sont :

Pathologie

Il s'agit la « maladie que diagnostique et à laquelle réagit le système de soins » (Evans, Stoddart, 1996 :58). Les auteurs qualifient cela de maladie-pathologie (*disease*). Elle est complémentaire à celle de maladie-malaise (*illness*).

Etat fonctionnel

Il s'agit « de l'état de santé qu'appréhendent personnellement les individus » (Evans, Stoddart, 1996 :58). Les auteurs qualifient cela de maladie-malaise (*illness*).

«Maladie-pathologie » et « Maladie-malaise » constituent les deux facettes d'un même état de santé, mais ne sont pas nécessairement superposables. Dans ce cadre, « deux personnes qui ont la même pathologie du point de vue du système de soins, peuvent être plus ou moins touchées, présenter des niveaux de symptômes très différents et ressentir des effets variables sur leur capacité à fonctionner dans leurs différents rôles sociaux. Ces différences individuelles découlent à leur tour des contextes culturels très différentes qui interviennent dans leur façon d'interpréter et de vivre la maladie » (Evans, Stoddart, 1996 :58).

Bien-être

« C'est le sentiment individuel de satisfaction qui constitue ou devrait constituer, l'objectif final des politiques de santé » (Evans, Stoddart, 1996 :59). Pour les auteurs, cette définition correspond à celle que l'OMS donne de la santé. Jugée trop large pour être opératoire, elle devrait servir davantage comme objectif ou perspective pour toutes les activités humaines. Partant, les auteurs préfèrent définir la santé de manière plus étroite, en tant qu'absence de « maladie-malaise », d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, de symptômes alarmants ou de réduction de capacité.

3.3.3. Articulations entre catégories de déterminants

Les six catégories de déterminants et les trois « situations de santé » s'articulent au niveau du schéma ci-dessous.

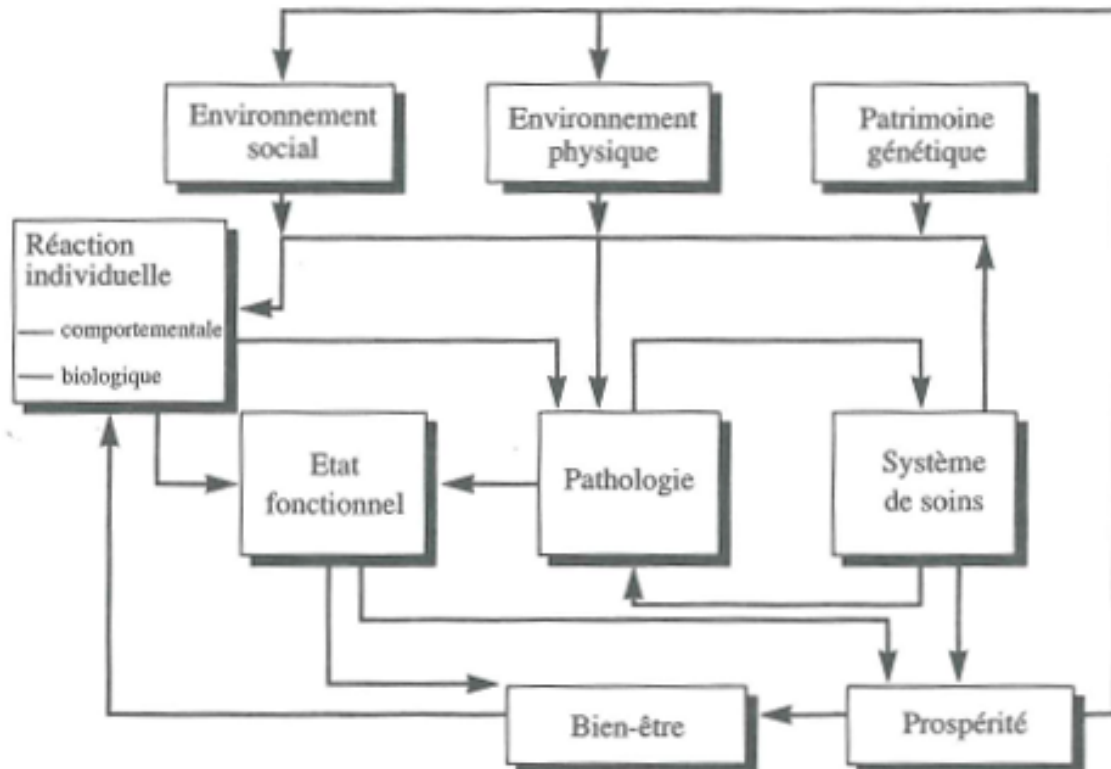


Fig. 2 : Le modèle Evans et Stoddart (Evans et Stoddart, 1996 : 66)

Evans et Stoddart développent ce modèle autour de l'idée que le système de soins n'est qu'une pièce d'un dispositif beaucoup plus large, qui participe à la définition de l'état de santé de l'individu, lui-même exprimé selon différentes catégories analytiques.

Les auteurs soulignent l'idée que les catégories proposées sont en elles-mêmes décomposables en sous-catégories et que l'approche considérant qu'une variable à elle seule peut être illustrative d'une seule catégorie est un cas de figure rare. L'explication de l'état de santé relève souvent davantage de l'action combinée de facteurs appartenant à différentes catégories. (Evans, Stoddart, 1996 : 43). L'idée de la dimension **multifactorielle** de la santé est donc soulignée avec force.

Evans et Stoddart construisent leur modèle autour du binôme **pathologie-système de soins**, en développant ultérieurement la critique proposée par Lalonde. Outre les aspects liés à l'accessibilité des soins, les auteurs décortiquent en particulier les mécanismes complexes inhérents à l'impossibilité pratique de mettre fin à la création de nouveaux besoins de soins et qui se traduisent par l'expansion du système lui-même et de l'augmentation constante des coûts y afférents.

La réponse insuffisante apportée par le système de soins à lui tout seul invite donc à s'intéresser aux autres catégories de déterminants de la santé : **l'environnement social**, **l'environnement physique** et le **patrimoine génétique**. Ces catégories interviennent à un double niveau, de manière directe et indirecte. Au niveau direct, elles peuvent être à l'origine, seules ou en combinaison, du développement de certaines pathologies. Au niveau indirect, elles interagissent avec une quatrième catégorie de déterminants, celle de la **réaction individuelle**. Cette dernière, à son tour peut déterminer l'apparition de pathologies, mais s'exprime également à travers un état de santé porteur d'une dimension plus subjective, celui de l'**état fonctionnel**.

Le niveau d'état fonctionnel, par ailleurs également déterminé par la pathologie, telle qu'identifiée et traitée par le système de soins, déterminent l'état de **bien-être** des individus qui, en retour sont susceptibles d'influencer leurs réactions individuelles.

Finalement, la **prospérité** économique et matérielle contribue à la constitution du bien-être des individus, mais peut également influencer l'évolution des environnements social et physique. Cette catégorie elle-même doit composer avec le système de soins lequel peut agir de manière positive, à travers l'amélioration de la capacité de travail de la main d'œuvre et sa productivité, et de manière négative, par la soustraction de ressources économiques provoquée par la croissance continue des coûts du système de soins.

De manière globale, le modèle d'Evans et Stoddart se présente comme une version plus fine et sophistiquée du modèle Lalonde. La très forte importance accordée aux déterminants liés aux habitudes de vie, qui, *in fine*, chez Lalonde, apparaissent comme l'élément décisif par rapport à l'état de santé, est ici revue et corrigée, à la lumière de leur articulation avec les déterminants environnementaux (entendus au sens large).

La question de la **pondération** est considérée par ses auteurs comme une « erreur fondamentale » (Evans, Stoddart, 1996 : 56), parce qu'elle est excessivement simplificatrice quant aux facteurs aux origines de la mortalité, de la morbidité et du recours aux soins. Cette critique est soutenue par des tentatives peu satisfaisantes d'application de l'approche quantitative de Dever (qui, le premier, a utilisé le modèle Lalonde) au cas néerlandais (Gunning-Schepers et Hagen, 1987).

Il convient également de relever chez Evans et Stoddart l'apparition de la thématique des **inégalités de santé**, qui, à partir du rapport Black (1980), est de plus en plus soutenue par des données probantes.

3.3.4. Modèle Evans et Stoddart : existence/absence d'un découpage déterminants structurels / déterminants comportementaux

Les considérations faites pour Lalonde sont également valables pour Evans et Stoddart. Ce type de découpage de déterminants est un produit de la recherche successive à leur modèle. Toutefois, dans ce cas également, il est possible de procéder par analogie.

Les déterminants structurels s'expriment à travers les catégories « environnement social » et « environnement physique ». Les déterminants comportementaux apparaissent à l'intérieur de la catégorie « réaction individuelle ». Il est intéressant de noter la forte articulation qui existe dans le modèle entre ces trois catégories. Elle préfigure le débat sur les modalités d'articulation entre l'approche matérialiste / structuraliste et l'approche culturelle / comportementale dans l'explication des inégalités en matière de santé.

3.3.5. Modèle Evans et Stoddart : existence/absence de déterminants : genre, migration, capital culturel, revenu des ménages, formation, emploi, occupation

Les déterminants listés ne sont pas spécifiquement mentionnés dans le modèle et apparaissent parfois dans les exemplifications qui accompagnent le développement de l'argumentaire. Comme dans le cas de Lalonde, les auteurs s'intéressent à la définition de grandes catégories analytiques. Néanmoins, la possibilité de décliner cela en sous-catégories a été développée ultérieurement (Evans et al., 1996 : 77-103).

3.4. Le modèle Dahlgren and Whitehead

3.4.1. Contexte

Au courant des années 80 la multiplication des études et des données probantes sur la compréhension des déterminants de la santé et sur la répartition inégale de leurs impacts au niveau des populations ont fait émerger avec force le thème de l'**équité** en matière de santé. Dans le cadre de la mise en œuvre de sa « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 », adoptée en 1981, l'OMS-Europe avait fait de ce thème son but premier (OMS, 1984) :

But 1 – Egalité devant la santé

D'ici l'an 2000, les écarts réels d'état de santé entre pays et entre groupes à l'intérieur du même pays devraient avoir été réduits d'au moins 25 % grâce à une élévation du niveau de santé dans les pays et les groupes défavorisés »

Dans ce cadre, au début des années 90, plusieurs « *discussion papers* » sont élaborés, dont le but est celui d'augmenter la prise de conscience et susciter le débat autour de cette problématique. Le premier de ces documents, vise à clarifier les concepts et les principes de l'équité en matière de santé (Whitehead, 1980). Un deuxième document, développe et discute le cadre théorique et les modalités pour opérationnaliser au niveau des politiques publiques ce même principe (Dahlgren, Whitehead, 1991). Le modèle de Dahlgren et Whitehead est élaboré dans le cadre de ce dernier document « *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* », produit en 1990.

3.4.2. Composantes du modèle

Avant d'aborder les composantes du modèle, il est utile de clarifier davantage **la perspective de l'équité en matière de santé**, qui constitue la clef de lecture des différentes catégories de déterminants qui sont retenues.

La notion d'**équité**, telle que discutée par Whitehead, « *has a moral and ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable but, in addition, are also considered unfair and unjust. So, in order to describe a certain situation as inequitable, the cause has to be examined and judged to be unfair in the context of what is going on in the rest of society* » (Whitehead, 1990:5).

Dans cette perspective, sur la base de la littérature existante, Whitehead suggère une classification des déterminants des différences de santé selon le critère de l'équité en matière de santé. Les différences de santé découlant des facteurs suivants ne peuvent pas être considérées comme iniques :

- Variation naturelle et biologique
- Comportement dommageable à la santé librement choisi, comme la participation à certains sports ou loisirs à risque
- L'avantage temporaire de santé dont bénéficie un groupe qui, le premier, a décidé d'adopter un comportement sain par rapport à un autre groupe (pour autant que ce 2^{ème} groupe ait les moyens d'atteindre rapidement la même situation).

A contrario, les différences de santé découlant des facteurs suivants peuvent être considérées comme iniques :

- Comportements dommageables à la santé, lorsque le choix de modes de vie est sévèrement restreint
- Exposition à des conditions de vie et de travail malsaines et stressantes
- Accès inadéquat aux services sanitaires de base et à d'autres services.

L'interprétation d'un septième facteur – la mobilité sociale sur base sanitaire impliquant la tendance, pour les personnes malades, de descendre dans l'échelle sociale – est ambivalente. Si l'état initial de maladie pourrait être considéré comme inévitable, la perte de revenu qui souvent caractérise les personnes malades peut être prévenue et elle est donc injuste.

La notion d'**inégalité**, est, chez Whitehead, utilisée comme un synonyme de la notion d'**équité**. Cela en raison du caractère ambigu de sa compréhension, qui n'intègre pas toujours la dimension d'injustice, voire celle d'évitable. Cette proposition est retenue par l'OMS et constitue le standard britannique, ainsi que celui de différents pays européens (Whitehead, 2005). D'autres auteurs préfèrent maintenir la distinction (Kawachi et al, 2005). Cela parce qu'ils considèrent que la science ne peut pas, du fait que l'équité implique un jugement normatif, à elle seule déterminer quelles inégalités sont inéquitables, ni quelle proportion d'une inégalité qui a été observée est injuste. Dès lors ils s'en tiennent à une définition de l'inégalité de santé comme « the term used to designate differences, variations and disparities in the health achievements of individuals and groups » (Kawachi et al., 2005 :647).

Le **modèle** de Dahlgren et Whitehead se présente sous la forme d'un arc-en-ciel (cf. figure 3, chapitre 3.4.3), avec cinq niveaux successifs, représentant autant de catégories de déterminants. A chaque niveau correspond également un niveau d'action en matière de politiques publiques.

Les cinq catégories de déterminants sont présentées ci-dessous.

1) Conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales

Cette catégorie inclut les politiques structurelles ayant des impacts sur l'équité en matière de santé. En premier lieu, les auteurs retiennent **les politiques économiques** dans une double perspective : (1) celle des coûts différentiels de traitement des maladies et de perte de productivité et (2) celle de la distribution inégale des bénéfices de la croissance.

En deuxième lieu, sont mentionnées les **politiques environnementales**, en relation à la problématique de l'exposition différentielle des populations à la pollution de l'air et au bruit. Enfin est traité le cas des **politiques militaires**, tant en termes de conséquences différenciées pour les populations impliquées et touchées, que par rapport au potentiel d'amélioration de la santé résultant d'une réaffectation des dépenses militaires.

2) Conditions de vie et de travail

Cette catégorie rassemble tout ce qui concerne les conditions de vie et de travail des populations, déclinées en cinq sous-catégories. Dahlgren et Whitehead considèrent que cette catégorie de déterminants est la **principale source d'inégalités** en matière de santé.

Les **six** sous-catégories retenues sont les suivantes :

Environnement de travail

Cette sous-catégorie considère les différences en matière de conditions physiques et psychosociales sur le lieu de travail, qui sont à l'origine de nombreuses pathologies. Ces différences sont par ailleurs fréquemment corrélées avec les niveaux d'éducation et de salaire.

Chômage

Cette sous-catégorie intègre la question de la corrélation positive entre le risque de chômage de longue durée d'un côté et les niveaux de formation professionnelle et d'éducation, la monoparentalité féminine et le revenu familial de l'autre côté. Les catégories concernées sont davantage exposées au niveau de leur santé et la situation peut être aggravée par l'absence d'un réseau social de soutien, de même que par la difficulté progressive à accéder à un logement, une alimentation et de soins de qualité.

Alimentation et secteur agricole

Cette sous-catégorie réunit les éléments relatifs à la production et à la mise à disposition (accès) d'une nourriture de qualité, à un prix abordable. Les populations à bas revenus sont fortement touchées par cette question, dans la mesure où leur disponibilité financière limitée les rend tributaires des produits de moindre qualité.

Logement

Cette sous-catégorie prend en compte tous les paramètres définissant la situation de logement. Cela concerne aussi bien les conditions physiques des bâtiments (conditions sanitaires, chauffage) que les dimensions sociales qui découlent des choix urbanistiques, et qui se traduisent par des phénomènes de ségrégation sociale de l'habitat, les populations se trouvant réunies dans des logements de faible qualité en raison d'un niveau de revenu très bas. Cette situation peut se traduire par des effets directs sur la santé, liés à l'insalubrité des bâtiments, et par des effets indirects, par l'adoption de comportements individuels moins sains du fait des influences de l'environnement social. A cela s'ajoute, une moindre disponibilité d'espaces de loisirs, de services sociaux et de services de santé qui caractérise souvent ces espaces urbains.

Formation

Cette sous-catégorie réunit différents éléments relatifs aux déterminants en matière de formation. Premièrement, il est question de l'équité d'accès aux opportunités de formation, lesquelles présentent une forte corrélation avec les opportunités et la qualité de l'emploi qui s'en suivront. Les auteurs évoquent la problématique de l'environnement familial et sa corrélation avec les possibilités d'accès à l'enseignement supérieur. Deuxièmement, en analogie avec le monde du travail, sont mentionnées des aspects relatifs à la qualité physique et sociale, de l'environnement scolaire. Finalement, est souligné le rôle de l'école

comme milieu propice pour aborder les questions liées aux comportements individuels nuisibles ou bénéfiques à la santé.

Secteur des soins

Cette sous-catégorie comprend toutes les dimensions ayant trait à l'équité d'accès au système de soins. Cela comprend les aspects économiques (coûts, systèmes d'assurance), géographiques (distribution spatiale des services de soins) et culturels (maîtrise de la langue, modalités de la communication entre soignant et patient).

3) Réseaux sociaux et communautaires

Cette catégorie considère les relations entre l'existence et l'importance des réseaux sociaux et communautaires de soutien et la santé. Cette relation se manifeste de manière directe à travers une plus forte prévalence de certaines pathologies (dépression, hypertension, maladies cardiaques, accidents multiples, suicides) et, de manière indirecte, au niveau des comportements individuels en matière de dépendances et dans la capacité à gérer le stress.

4) Facteurs individuels : style de vie

Cette catégorie considère les comportements individuels en matière de dépendances, de mauvais régime alimentaire et de manque d'activité physique. Dahlgren et Withehead interprètent le différentiel de santé qui résulte d'une plus forte propension à avoir des comportements inadéquats comme étant fortement corrélé aux contraintes matérielles et sociales.

5) Age, sexe et facteurs héréditaires

Cette catégorie prend en compte les déterminants qui sont considérés comme « donnés » et qui, en principe, ne sont pas susceptible de produire des iniquités de santé selon la définition retenue par les auteurs. Cela concerne l'âge, le genre et les facteurs génétiques.

3.4.3. Articulations entre catégories de déterminants

Le modèle de Dahlgren et Whitehead propose une perspective nouvelle à la problématique des déterminants. Les **conditions de vie et de travail**, qui, avec les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales, constituent les déterminants structurels, **sont placées au centre du dispositif**. Les inéquités (ou inégalités) de santé, qui constituent « la porte d'entrée » du modèle, se déclinent principalement en fonction des conditions matérielles et sociales de vie des populations, elles-mêmes tributaires de conditions de type « systémique ». De ce point de vue, on peut considérer que le modèle est organisé selon une approche **néo-matérialiste**, suivant laquelle les conditions de vie et l'infrastructure sociale représentent les déterminants majeurs de la santé (cf. chapitre 4.1 pour plus de détails). En descendant à l'intérieur du modèle, les inégalités se construisent par les interrelations avec les réseaux sociaux et communautaires et, plus loin encore, par celles avec les modes de vie individuels.

Dans ce cadre, même si chez Dahlgren et Whitehead il n'est jamais question de **pondération**, il semble possible d'affirmer que l'importance des déterminants comportementaux apparaît comme passablement réduite.



Fig. 3 : Le modèle de Dahlgren et Whitehead (Dahlgren, 1995 in Plateforme EIS, 2010 :10)

Un élément supplémentaire qui n'apparaît pas explicitement dans le modèle mais qui est abordé dans le cadre du document de base porte sur la **dimension cumulative des dangers quotidiens pesant sur la santé** de certaines catégories de la population. Cette perspective met en exergue le fait que les populations fortement exposées à un facteur de risque ont tendance à cumuler d'autres facteurs de risque et peuvent ainsi rentrer dans un cercle vicieux quant à leur mauvais état de santé. La prédisposition à accumuler des facteurs de risque s'inscrit dans une perspective de long terme. Dahlgren et Whitehead soulignent comment une forte exposition à des facteurs de risque pendant l'enfance se traduit par une aggravation du risque de développer certaines maladies à l'âge adulte. Dans ce cadre, le modèle introduit une nouveauté supplémentaire à travers la **perspective de la trajectoire de vie**. Cette dernière éclaire d'une manière dynamique l'articulation des déterminants de la santé.

Ce modèle a rencontré un énorme succès et sert de cadre de référence à une majorité de documents stratégiques ou de politiques publiques ayant trait à la santé et à ses déterminants. Les raisons de ce succès sont multiples.

En premier lieu, d'un point de vue cognitif, la logique d'emboîtement des niveaux, traduit bien l'idée de la santé comme un « construit » dynamique, qui, du particulier au général, façonne l'état physique et psychique des individus.

En deuxième lieu, d'un point de vue opératoire, le modèle permet d'organiser l'action des politiques publiques, agissant directement ou indirectement sur la santé, à travers des niveaux d'actions différents, mais cohérents entre eux. Cela n'est pas étonnant dans la mesure où ce modèle a explicitement été proposé en vue d'élaborer une stratégie d'ensemble pour réduire les inéquités (ou inégalités) de santé, à travers trois entrées (ou point de départ) pour agir : **les facteurs de risque, les facteurs promouvant la santé et les facteurs protégeant la santé**. Les auteurs considèrent que ces points d'entrée peuvent être retenus individuellement, ou en combinaison.

A cet égard, le modèle Dahlgren et Whitehead est avant tout un modèle pour penser les inégalités en matière de santé au niveau de la société et pour imaginer en conséquence les modalités de l'action publique. Comme l'un des auteurs l'a souligné, il n'a pas été pensé pour tester des hypothèses quant aux liens de causalité entre certains déterminants et l'état de santé de la population (Whitehead, 2006).

3.4.4. Modèle Dahlgren et Whitehead : existence/absence d'un découpage déterminants structurels / déterminants comportementaux

Ce type de découpage n'est pas explicitement proposé par les auteurs. Toutefois, dans l'approche proposée, Dahlgren et Whitehead, les premiers, développent une réflexion par rapport aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales de niveau global. Le questionnement porte donc sur des déterminants de nature plus « systémique », sur lesquels les individus ont peu de prise et qui interroge fondamentalement les options en matière des politiques économiques et sociales adoptées par l'Etat, ainsi que leur articulation avec le marché. Ce contexte définit en bonne mesure les déterminants structurels, lesquels vont avoir un impact différentiel en termes de santé.

En ce qui concerne les déterminants comportementaux, comme précisé auparavant, ces derniers sont considérés par rapport à leur prévalence supérieure qui se manifeste dans des contextes caractérisés par des faibles conditions matérielles et sociales. Dans cette perspective, on peut considérer que les inégalités résultant des déterminants comportementaux se définissent principalement en relation aux déterminants structurels.

3.4.5. Modèle Dahlgren et Whitehead : existence/absence de déterminants : genre, migration, capital culturel, revenu des ménages, formation, emploi, occupation

La majorité des déterminants listés sont spécifiquement développés par les auteurs. Le revenu, la formation, le travail, l'emploi (défini par la négative, à travers le chômage) appartiennent à la catégorie de déterminants qui est considérée comme la plus importante en matière d'inégalités de santé.

Le capital culturel ne constitue pas un déterminant en soi. Toutefois, il apparaît de manière explicite dans le traitement du déterminant « formation ». En premier lieu, lorsque les auteurs discutent des conditions différentes d'accès à l'éducation supérieure selon le capital culturel dont disposent les enfants. En deuxième lieu, lorsque les auteurs abordent l'utilité

de disposer d'un milieu « neutre (l'école) pour discuter les déterminants comportementaux. Pour les enfants provenant de milieux socio-économiques où ces comportements sont plus répandus et sont davantage constitutifs de « l'habitus » (au sens de Bourdieu) des populations, les discussions sur les comportements défavorables à la santé peuvent plus difficilement être abordées dans le contexte familial ou au niveau du réseau d'amis.

Le genre n'est pas mentionné parmi les déterminants des inégalités de santé, les auteurs se limitant à relever des différences (p.ex. au niveau de l'espérance de vie) entre hommes et femmes.

La migration n'est pas mentionnée parmi les déterminants.

3.5. Le modèle Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS)

3.5.1. Contexte

A partir des années 90, les données probantes sur l'importance des déterminants sociaux dans les inégalités en matière de santé se multiplient dans la littérature scientifique. D'un point de vue théorique, quatre approches se distinguent : **matérialiste**, **néo-matérialiste**, **de comparaison psychosociale** (Raphael, 2006) et **éco-sociale** (Solar et Irwin, 2007).

L'approche matérialiste, considère que les **conditions de vie** constituent les principaux déterminants de la santé. A l'intérieur d'un même pays, les différences socio-économiques sont un puissant facteur explicatif des différences en matière de santé. Les conditions matérielles influencent la qualité du développement individuel et les interactions familiales et communautaires. Ces conditions sont également corrélées avec le niveau de probabilité quant à des problèmes physiologiques, de développement personnel, éducationnels ou sociaux. La qualité de ces conditions induit également des différences au niveau du stress psychosocial, lequel a des influences biologiques directes et peut également se traduire, par réaction, en des comportements (dépendances, alimentation, activité physique) défavorables à la santé. Les travaux de Marmot (2000) ou de Raphael (2004) s'inscrivent dans ce courant.

L'approche néo-matérialiste, considère également que les **conditions de vie** jouent un rôle primordial, mais y rajoute aussi les investissements dans les **infrastructures sociales** qui sont susceptibles d'influencer les déterminants, tels l'éducation, les services sociaux et sanitaires, l'aide aux chômeurs ou aux personnes en situation d'handicap ou encore les bibliothèques. Ces promoteurs portent une attention particulière à la manière dont la société choisit de distribuer ces ressources au niveau de ses citoyens. Les travaux nord-américains de Lynch et al. (2004) et Ross et al. (2000) privilégient cette approche.

L'approche de **comparaison psychosociale** considère que les principaux facteurs explicatifs sont à rechercher dans la **hiérarchie et la distance sociale entre individus**.

Au niveau *individuel*, la perception et le vécu quant à son propre statut au sein de la société sont un facteur de stress et péjorent la santé. La comparaison avec des détenteurs d'une

meilleure situation est susceptible d'induire des effets psychobiologiques et peut se traduire par des comportements compensatoires (dépenses excessives) ou d'imitation (surconsommation d'alcool et de nourriture) dommageables à la santé.

Au niveau *communautaire*, l'élargissement et le renforcement des modèles hiérarchiques affaiblissent la solidarité sociale, et rendent les individus plus méfiants envers les structures publiques en matière d'éducation, de santé, d'aide sociale. Cette approche questionne également l'importance des dimensions matérielles dans les processus psychosociaux. Wilkinson (2005) et Kawachi & Kennedy (2002) sont les promoteurs de cette approche.

La théorie éco-sociale et les cadres multi-niveaux constituent un dernier courant, assez récent, qui, pour l'instant, demeure peu employé. Cette approche se donne pour objectif d'intégrer les raisonnements social et biologique avec une perspective écologique et historique dynamique, qui doit permettre d'offrir un nouvel aperçu sur les déterminants de la distribution de la maladie et des inéquités de santé. Pour ses auteurs, il s'agit de considérer les analyses et les changements au niveau de la santé, de la maladie et du bien-être des populations en relation avec chaque niveau de l'organisation biologique, écologique et sociale, en partant de la cellule jusqu'aux groupes humains. Krieger (2001) est le principal représentant de ce courant.

Du point de vue des données probantes, les approches matérialiste et néo-matérialiste bénéficient d'une assise plus large que l'approche psychosociale.

Les travaux de la CDSS, présidée par M. Marmot, doivent être inscrits dans ce panorama conceptuel riche et varié. Leur intégration dans un cadre théorique d'ensemble a fait l'objet d'un document préparatoire (Solar et Irwin, 2007), lequel a établi les bases pour l'élaboration du rapport principal de la Commission « Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé » (OMS, CDSS, 2009). Les principaux éléments explicatifs du modèle ont été identifiés au niveau du document préparatoire susmentionné et complétés par ceux tirés du rapport final de la CDSS.

3.5.2. Composantes du modèle

L'équité en matière de santé demeure le fil conducteur du cadre théorique de la CDSS. Pour la questionner, les auteurs se basent sur les travaux de Diderichsen et al. (Evans, 2001), qui ont modélisé les mécanismes des inégalités de santé.

La CDSS se donne comme objectifs de (1) comprendre les causes profondes des différences de santé entre groupes sociaux, (2) de **clarifier les chemins** entre ces causes profondes et les différences marquées de l'état de santé des populations et (3) d'identifier les meilleures voies pour réduire ces inégalités.

Le cadre théorique qui en résulte distingue **trois composantes fondamentales : (1) le contexte socio-économique et politique, (2) les déterminants structurels des inéquités de santé et le statut socio-économique et (3) les déterminants intermédiaires de santé.**

Ces trois composantes sont hiérarchisées à l'intérieur du modèle à travers les différents **chemins de causalité** (cf. chapitre 3.5.3 pour une analyse détaillée).

Le contexte socio-économique et politique

Cette catégorie inclut tout le spectre de facteurs sociétaux qui ne peuvent être mesurés au niveau individuel. Ce contexte comprend « a broad set of structural, cultural and functional aspects of a social system whose impact on individuals tends to elude quantification but which exert a powerful formative influence on patterns of social stratification and thus on people's health opportunities » (Solar et Irwin, 2007:21). Il comprend six éléments principaux :

- (1) la **gouvernance**, entendue dans sa définition la plus large, et ses processus,
- (2) les **politiques macro-économiques** (fiscalité, monnaie, balance des paiements et politiques commerciales, structure du marché du travail),
- (3) les **politiques sociales** influençant des facteurs comme le travail, l'état social, les politiques foncières et du logement,
- (4) les **politiques publiques** dans d'autres secteurs tels l'éducation, les soins, la gestion et l'assainissement de l'eau,
- (5) la **culture et les valeurs sociétales** et
- (6) les **conditions épidémiologiques**, en particulier dans les contextes caractérisés par des grandes pandémies (par exemple VIH/SIDA).

Les déterminants structurels et la position socioéconomique

Cette catégorie comprend toutes les composantes qui définissent la position **socio-économique** des individus.

Cette dernière repose sur deux concepts : celui de **stratification sociale** et celui de **classe sociale**. La **stratification** « refer to social hierarchies in which individuals or groups can be arranged along a ranked order of some attribute » (Solar et Irwin, 2007:24), par exemple en fonction du revenu ou de la durée de la formation scolaire. Les mesures de stratification permettent de prévoir les schémas de morbidité et de mortalité, mais n'expliquent pas les modalités pour accéder à différents niveaux de ressources (économiques, politiques ou culturelles).

La **classe sociale** « defined by relations of ownership or control over productive resources (i.e physical, financial and organizational » (Solar et Irwin, 2007:30), apporte un éclairage important sur ce point, en fournissant un mécanisme relationnel explicite (propriété et gestion), qui explique comment les inégalités économiques sont générées et comment elles peuvent toucher la santé des individus, principalement à travers le différentiel.

La *mesure de la stratification sociale* se fait à travers trois facteurs (ou déterminants), le **revenu**, la **formation** et l'**emploi**.

Revenu

Il représente la dimension qui mesure directement la composante « ressources matérielles » de la position socio-économique. Avec la formation, il présente « a "dose-response" association with health and can influence a wide range of material circumstances with direct implications for health » (Solar et Irwin, 2007:27, citant Krieger, 1993 et Ecob et al., 1999). Par ailleurs, il a un effet cumulatif sur le parcours de vie et, en dépit de quelques difficultés de calcul, il demeure le meilleur indicateur du niveau de vie matériel.

Formation

Ce facteur « captures the transition from parents' (received) socioeconomic position to adulthood (own) socioeconomic position and it is also a strong determinant of future employment and income. It reflects material, intellectual, and other resources of the family of origin, begins at early ages, is influenced by access and performance in primary and secondary school and reaches final attainment in young adulthood for most people» (Solar et Irwin, 2007:29).

Emploi

Ce facteur est défini dans une double dimension. En premier lieu, il indique l'exposition à des risques professionnels spécifiques, et en particulier les substances polluantes. En deuxième lieu, il définit la place des individus dans la hiérarchie sociale. Dans cette perspective, les mécanismes qui expliquent la corrélation entre emploi et santé sont multiples :

- Exposition directe à un environnement de travail toxique ou à des tâches de travail très exigeantes sur le plan physique et dommageables pour la santé
- L'emploi (des parents ou propre) est fortement corrélé au revenu, se traduisant sur le niveau de ressources matérielles disponibles
- L'emploi reflète le standing social et peut donc se traduire par un accès différencié à certaines facilités (meilleure qualité des soins, offre de formation, meilleure qualité du logement) qui découlent de ce même standing
- L'emploi peut refléter les réseaux sociaux, le stress professionnel, l'autonomie ou encore le sentiment de contrôle, des aspects donc qui peuvent toucher la santé par le biais de processus psychosociaux.

La liste des déterminants structurels est complétée par deux autres facteurs : le **genre** et la **race**.

Genre

Ce terme fait référence « to those characteristics of women and men which are socially constructed, whereas "sex" designates those characteristics that are biologically determined. Gender involves "culture-bound conventions, roles and behaviours" that shape relations between and among women and men and boys and girls» (Solar et Irwin, 2007:31, citant WHO, 2002 et Krieger, 2001). Les discriminations basées sur le genre se traduisent par un positionnement moins favorable dans les hiérarchies sociales. Un moindre accès au pouvoir, au prestige et aux ressources, se traduit en particulier par des difficultés à accéder à une formation et, par la suite, à un emploi reconnu et correctement rémunéré. Cette situation se traduit par une plus forte prévalence de pathologies et de mortalité.

Ethnie/Race

Ce terme fait référence « to social groups often sharing cultural heritage and ancestry, whose contours are forged by systems in which one group benefits from dominating other groups, and defines itself and others through this domination and the possession of selective and arbitrary physical characteristics (for example skin colour) » (Solar et Irwin, 2007:32, citant Krieger, 2001). Dans cette perspective, l'ethnie (ou la race) est un construit social et non pas une catégorie biologique. Dans les sociétés pratiquant la discrimination sur la base de cette catégorie, les groupes dominés ou marginalisés voient leur statut, leurs

opportunités et leurs trajectoires de vie affectées par cette situation et connaissent donc des conditions matérielles peu favorables à la santé.

Les déterminants intermédiaires de la santé

Cette catégorie réunit les déterminants qui découlent de la stratification sociale définie par les déterminants structurels. A leur tour, ils sont reliés à une série d'influences au niveau individuel, incluant les aspects comportementaux et physiologiques.

Les déterminants individuels déterminent les **différences d'exposition et de vulnérabilité** à des conditions défavorables à la santé.

Les principales sous-catégories sont les suivantes : les **circonstances matérielles**, les **circonstances psychosociales ou socio-environnementales**, les **facteurs biologiques et comportementaux** et le **système de santé**.

Les circonstances matérielles

Cette sous-catégorie inclut tous les déterminants (1) reliés à **l'environnement physique** (au sens anglo-saxon du terme), comme le **logement**, les **moyens financiers** pour une nourriture de qualité, un habillement adéquat et (2) relatifs aux **environnements de travail et de vie** (voisinage). Les différences au niveau des circonstances matérielles, sont, selon les auteurs, le principal facteur intermédiaire.

Les circonstances sociales ou socio-environnementales

Cette sous-catégorie inclut les facteurs de stress psychosociaux (au travail, événements personnels négatifs) ou liés à la vie courante (par exemple l'endettement), la faiblesse du support social ou familial, les méthodes pour faire face aux problèmes.

Les facteurs comportementaux et biologiques

Cette sous-catégorie comprend les **comportements en matière de dépendances, de régime alimentaire et d'activité physique**, ainsi que les facteurs liés à la **génétique** et la distribution en termes **d'âge et de sexe**.

Les facteurs comportementaux font référence au style de vie et leur corrélation avec l'état de santé est bien établie, même si, seuls, ils ne suffisent pas toujours à expliquer les inégalités de santé.

Les facteurs biologiques n'interviennent pas de manière directe, mais peuvent apparaître dans le cadre de processus complexes. A titre d'exemple, les circonstances matérielles peuvent agir en tant que facteur de stress psychosocial, lequel peut influencer les comportements. Ces deux facteurs, stress psychosocial et changement de comportement se traduisant par un abus de substances et de nourriture, agissent sur la santé à travers des facteurs biologiques spécifiques.

Le système de santé

Cette sous-catégorie considère le système de santé en tant que déterminant social à part entière. Cette caractéristique apparaît lorsque l'on considère ce système du point de vue de son **accessibilité**, laquelle inclut des différences en termes d'exposition et de vulnérabilité.

Ces différences peuvent être lissées à travers une amélioration de l'accès aux soins, de même qu'à travers une action intersectorielle qui améliore l'état de santé. La fourniture d'aliments par le système de santé ou la mise en place de politiques de transports facilitant l'accès aux soins en sont des exemples.

Le système de soins peut également intervenir en tant que médiateur dans la gestion sociétale de la maladie, à travers des actions qui empêchent la dégradation des conditions de vie des personnes déjà malades et/ou qui facilitent leur réinsertion.

3.5.3. Articulations entre les déterminants

Les trois composantes du modèle CDSS (contexte socio-économique et politique, déterminants structurels et déterminants intermédiaires) s'articulent selon une logique hiérarchique précise.

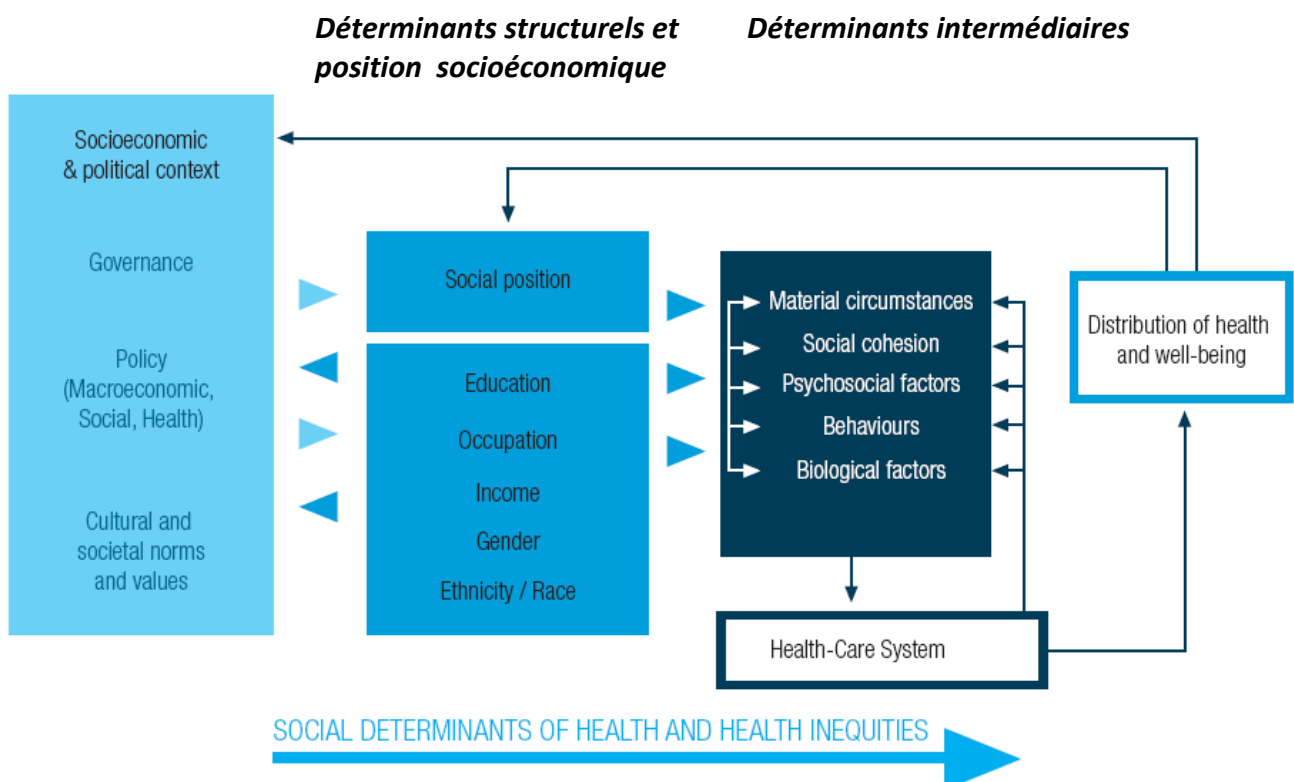


Fig. 4: Le modèle CDSS (CDSS, 2009 :43)

Les **déterminants structurels** sont à l'origine de la stratification sociale dans la société et contribuent à définir la position socio-économique des individus. Ces mécanismes configurent les opportunités en matière de santé des groupes sociaux, sur la base de leur positionnement dans les hiérarchies de pouvoir, de prestige et d'accès aux ressources. Ils correspondent à ce que l'épidémiologie appellerait des *facteurs distaux*. Ces mécanismes de stratification sociale sont à leur tour influencés par le **contexte socio-économique et politique**, à travers ces institutions et ces processus (en particulier par ses politiques

redistributives). Ces deux composantes réunies définissent ce que les auteurs appellent les **déterminants sociaux des inéquités de santé**.

La troisième composante, celle des **déterminants intermédiaires**, vient matérialiser cette situation antécédente d'inéquités, en participant à la distribution différenciée de l'exposition et de la vulnérabilité des groupes sociaux à des conditions dommageables à la santé.

Au bout de la « chaîne de production des inéquités de santé » (Solar et Irwin, 2007:42) se trouvent les impacts mesurables des facteurs sociaux sur le différentiel d'état de santé et les conséquences sanitaires entre groupes sociaux.

Selon les auteurs, le volume de données probantes disponibles confirme que l'origine profonde des inéquités de santé mesurées au niveau populationnel est bien à rechercher dans l'effet conjugué des facteurs structurels et des composantes clé de la position socio-économique. Les différences socioéconomiques de santé apparaissent à travers des indicateurs généraux tels que l'espérance de vie, le taux de mortalité toutes causes confondues ou encore l'état subjectif de santé. Ces mêmes différences apparaissent au niveau des taux de morbidité et de mortalité pour presque chaque pathologie et condition.

Par ailleurs, l'association entre situation socio-économique et santé se vérifie tout au long du **gradient social** et non seulement en dessous du seuil de pauvreté. Elle est également valable lorsque l'on se situe dans la perspective de la **trajectoire de vie**, en relation à une exposition dans l'enfance à des mauvaises conditions de vie. Finalement, elle semble jouer un rôle dans la possibilité **d'évoluer au sein de l'échelle socio-économique** selon trois axes:

- (1) des variations de santé dans le jeune âge semble avoir des effets sur les parcours de formation et le type de travail obtenu en début de carrière,
- (2) pour les personnes déjà actives, des variations de santé ne sont pas significatives de l'évolution globale des carrières, et
- (3) les personnes qui connaissent des sérieux problèmes de santé à l'âge adulte sont souvent exclues du marché du travail.

Le modèle CDSS offre une synthèse de trois décennies de recherche en matière de déterminants de la santé. Le cadre théorique sous-jacent s'efforce d'intégrer les apports des différents courants de la sociologie épidémiologique, en ayant comme fil conducteur les inéquités (ou inégalités) de santé. Dans ce cadre, la voie ouverte par Dahlgren et Whitehead est amplifiée et le modèle passablement complexifié par l'intégration et la hiérarchisation de tous les déterminants de la santé.

Le modèle CDSS se distingue également par son objectif affiché de clarification des **chemins de causalité** (*causal pathways*), qui ouvre potentiellement la voie à un travail de quantification du poids relatifs de déterminants. A ce sujet, si la **question de la pondération n'est pas abordée** par la CDSS, des études empiriques (précédents aux travaux de la CDDS mais basés sur le même appareillage théorique) permettent d'explorer cette voie (cf. chapitres 4.2.2. et 4.2.2.1 pour une analyse détaillée). De son côté, la CDSS propose un modèle de collecte des données nationales pour la surveillance de l'équité en matière de santé (CDSS, 2009:286) qui pourrait être utilisé pour la réalisation d'analyses empiriques de pondération.

Finalement, outre sa dimension théorique, le modèle s'inscrit dans une approche très opérationnelle, à visée planétaire, que le rapport de la CDSS développe sous la forme de recommandations pour l'analyse et la prise de position politiques.

3.5.4. Modèle CDSS : existence/absence d'un découpage déterminants structurels / déterminants comportementaux

Ce découpage apparaît de manière explicite dans le modèle de la CDSS, même si les deux catégories ne revêtent pas la même importance.

Les déterminants structurels sont l'élément central du modèle, puisqu'ils ont à l'origine de la stratification sociale et de la formation conséquente des inégalités de santé.

Les déterminants comportementaux apparaissent au niveau des déterminants intermédiaires, en tant que facteur de différenciation dans l'exposition et la vulnérabilité des groupes sociaux. Comme chez Dahlgren et Whitehead, ils occupent une place secondaire dans le système, puisqu'ils ne sont pas primordiaux dans la définition de la situation socio-économique des individus.

3.5.5. Modèle CDSS : existence/absence de déterminants : genre, migration, capital culturel, revenu des ménages, formation, emploi, occupation

La **presque totalité** de ces déterminants ont été retenus dans le modèle. Le revenu, la formation et l'emploi sont les principaux facteurs de mesure de la stratification sociale.

Le **genre** est un autre déterminant central dans la catégorie des déterminants structurels. Il est clairement identifié comme un puissant facteur discriminant en matière d'inégalités de santé, qui, le plus souvent, opère à la défaveur des femmes et des filles. Le positionnement fort de la CDSS sur ce déterminant est également apparu dans plusieurs documents préparatoires, inscrivant par exemple la justice de genre dans le cadre plus large des droits humains (Sen et al., 2007, cités in Babitsch, 2009) ou encore analysant les relations étroites entre genre et classe sociale dans la définition de l'état de santé et l'accès au soins (Iyer et al. 2007). Cette prise en compte de la dimension genre ne s'inscrit par contre pas dans une perspective plus systémique, qui expliquerait les inégalités sociales de santé à travers un modèle général spécifiquement différencié par le genre. De telles élaborations ont été proposées dans la littérature qui s'est intéressée à la question des inégalités dans une perspective de genre. Babitsch (2005) a en particulier élaboré un modèle général, permettant de réfléchir en termes de différence de genre à la production des inégalités de santé, à travers une lecture à trois niveaux : macro, méso et micro.

Selon ce modèle, le genre exerce une influence sur chaque facteur pris individuellement, mais également sur les interactions à l'intérieur des niveaux et entre différents niveaux.

Le niveau *macro* réunit les dispositifs sociétaux et les facteurs individuels à l'origine des inégalités, qui se trouvent influencés par (1) les normes et les valeurs de la société et (2) la situation de vie (situation professionnelle et familiale, lieu d'habitation, âge).

Le niveau *méso* comprend les facteurs qui permettent de faire le lien entre inégalités sociales et santé, à travers les conditions d'activité (professionnelle, familiale et au domicile)

telles qu'elles résultent de la situation socio-économique des individus. On distingue en particulier les charges et les ressources (familiales, professionnelles et psychosociales) qui en résultent, qui doivent être interprétées en termes de bilan charges-ressources. A cela s'ajoutent des ressources systémiques, ayant trait à l'accès à l'utilisation du système de soins.

Le niveau *micro* comprend les facteurs présentant des caractéristiques spécifiques à chaque individu, caractéristiques définies par les influences directes et indirectes (via les facteurs méso) des dispositifs sociétaux producteurs d'inégalités. Ces facteurs sont les ressources personnelles (cognitives, d'appréhension du risque, etc.), les comportements en matière de santé, l'utilisation des prestations sanitaires, les rapports individuels à la santé et à la maladie. Ces facteurs, ainsi que leur interaction avec le cadre social de vie, ont des effets sur l'organisme et partant, sur l'état de santé des individus.

La différenciation par genre a été introduite dans le modèle lors de son opérationnalisation. Les variables retenues ont d'abord été considérées séparément pour chaque sexe, afin d'identifier les similitudes et les différences. Deuxièmement, ont été introduits des facteurs supplémentaires pertinents pour décrire les différences spécifiques de genre. Troisièmement, a été testée la validité des cheminements des effets pour les deux sexes, aussi bien entre facteurs au sein du même niveau qu'entre niveaux différents.

Cette application empirique a souligné l'importance de la catégorie genre dans la description des inégalités, de la situation de santé et des inégalités de santé. Il apparaît que les hommes et les femmes se distinguent dans leur situation sociale et de santé. Un gradient social existe dans les deux sexes, mais il diffère quant à sa force entre les deux groupes. Ces différences sexo-spécifiques dans le gradient social trouvent différentes sources d'explication (Matthews et al, 199, cité in Babitsch, 2009) : (1) choix des indicateurs mesurant les inégalités sociales ; (2) influence d'autres facteurs du cadre de vie, (3) différences sexo-spécifiques dans les charges, les risques et les ressources ; (4) effets différents des inégalités sociales sur la santé des femmes, respectivement des hommes ; (5) différences sexo-spécifiques dans la mortalité et la morbidité et (6) évolutions dans le temps. Pour chacun de ces cas de figure, la littérature scientifique sur le sujet permet d'apporter des illustrations éclairantes (Babitsch, 2009).

La **migration** n'est pas mentionnée en tant que déterminant de la santé. Si, d'un point de vue de la population dans son ensemble cette posture nous semble correcte, il est également vrai que la migration constitue un déterminant de la santé des populations qui la vivent (Davies et al., 2006). Si l'on retient par exemple la définition de Schenk (2007) pour qui la migration doit être comprise comme une expérience biographique, expérience qui se façonne à travers des situations de vie multidimensionnelles et durables, il apparaît inévitable qu'elle exerce une influence sur la santé des populations concernées.

Ce même auteur a proposé un modèle explicatif sur la migration en tant que déterminant des inégalités de santé.

L'entrée par le modèle se fait par deux catégories : *les conditions dans le pays d'origine et la migration en tant qu'évènement de vie critique.*

La première catégorie (qui réunit des multiples facteurs, tels que l'environnement spatial et social, les conditions biogénétiques, le système de santé, la situation matérielle, les habitudes de vie, les raisons de la migration) est celle, qui, rétrospectivement, est la plus

difficile à cerner lorsque l'on souhaite opérationnaliser le modèle. En effet, il n'est pas aisé de collecter des informations sur les facteurs ayant déterminé l'état de santé des populations migrantes avant l'épisode de migration, ni de discriminer par la suite au niveau de l'état de santé mesuré dans le pays d'arrivée ce qui relève des effets passés, de ce qui relève des effets nouveaux.

La deuxième catégorie est plus lisible, puisqu'elle renvoie à des facteurs mesurables dans le pays d'accueil, et renvoyant au positionnement (en termes de changement) des individus par rapport à leur nouvelle société d'accueil (perte/gains de compétences d'agir, pratiques culturelles, alimentation, environnement, logement, école/emploi/travail, réseaux sociaux, système de santé, habitudes de vie).

Ces deux catégories contribuent à définir le profil des populations migrantes, lequel entre en interaction avec trois autres catégories dans le pays d'accueil : *la situation sociale, l'ethnicité et la situation légale*.

La situation sociale comprend tout ce qui a trait aux effets de déclassement/dévaluation sociale/chômage, de ségrégation habitationnelle et d'inégalités des chances de formation/inégalités de formation.

L'ethnicité renvoie à toutes les dimensions qui définissent l'altérité du migrant et le positionnement que cela peut déterminer par rapport aux populations du pays d'accueil : ethnicisation imposée/auto-imposée, statut de minorité, habitudes de vie, conceptions de la santé, communauté ethnique.

La situation légale dans le pays d'accueil réfère à la législation sur les étrangers/requérants d'asile/(in)sécurité du séjour, les facteurs « pull » (p.ex. accords d'immigration concertée) et les check-ups de santé/dépistage.

Conjointement, ces trois catégories constituent des obstacles à l'accès à une prise en charge médicale, et s'expriment directement, ou par le biais de cette dernière catégorie, par des différences significatives en matière de comportement de santé, en termes de ressources et de risques personnels/familiaux/sociaux et en matière de comportement de recours à une prise en charge.

En dernière analyse, il en résulte des inégalités conséquentes en matière de santé dues spécifiquement à la migration.

3.5.6. Éléments de critique du modèle

Le rapport CDSS a globalement été salué dans la communauté scientifique comme un effort tout à fait remarquable pour définir le cadre théorique et les pistes d'action pour lutter contre les inégalités croissantes de santé et essayer de les éliminer dans un avenir proche.

Les compétences reconnues des membres de la Commission (et en premier lieu de son président, Michael Marmot), l'importance des réseaux spécialisés, mobilisés pour appuyer le travail de la Commission, la profondeur, l'étendue et la portée théorique du cadre conceptuel retenu pour l'analyse, sont autant de facteurs qui permettent de comprendre le grand retentissement de ce travail.

Néanmoins, malgré un consensus scientifique très large, certaines voies se sont levées pour critiquer le modèle de pensée sous-jacent à l'approche développée par la CDSS. Krieger (2008), remet en particulier en discussion la logique de causalité appliquée en matière de santé publique, calquée sur la perspective biomédicale. Cette approche, adoptée par la CDSS repose sur un certain nombre de postulats : (1) les maladies sont attribuables à plusieurs

causes, externes ou internes au corps humain ; (2) les déterminants sociaux appartiennent à la sphère éloignée ou *distale* ; (3) les déterminants biologiques appartiennent à la sphère proche ou *proximale* ; (4) les sphères distale et proximale sont reliées par des niveaux (sociétal, institutionnel, ménage, individuel) qui peuvent être conceptualisées comme étant « proches » ou « éloignés » des causes jugées pertinentes. Si l'on considère l'exemple du tabagisme, des facteurs distaux (sociétaux) expliquent les niveaux de risque, alors que la biologie « proximale » indique comment la fumée est nuisible à la santé.

Cette logique, qui peut apparaître comme évidente et découlant du bon sens, n'est pas satisfaisante aux yeux de l'auteur. Le couplet terminologique « proximal-distal » utilisé aussi bien par le cadre conceptuel biomédical que par celui basé sur le déterminisme social, souffrent, selon Krieger, de la confusion créée par l'assemblage des mesures d'espace, de temps, de niveau, dans leur relation avec la force des liens de causalité. En particulier, l'auteur souligne que la séparation spatio-temporelle n'est pas pertinente lorsque l'on se réfère à la distance en parlant de niveaux, dans la mesure où le même phénomène peut intervenir au même moment à tous les niveaux, et que des liens de causalité non linéaires peuvent produire des effets immédiats et à long terme entre niveaux, sans que ces derniers soient nécessairement « proches » l'un de l'autre.

La décision de la Cour Suprême des Etats-Unis en faveur de la légalisation de l'avortement est un exemple très éclairant à ce sujet. Dans ce cas spécifique, le facteur « distal » (la décision) a directement concerné les droits individuels reproductifs des femmes, tout en se répercutant aux différents niveaux institutionnels par l'obligation d'adapter des prestations sanitaires offertes par les services de santé. Les effets positifs sur la santé ont été à la fois immédiats et sur le long terme. La loi n'obligeait plus les femmes américaines à devoir recourir à des pratiques illégales et dangereuses d'avortement, évitant par la même occasion de devoir porter des enfants non souhaités et réduisant ainsi le risque d'effets sanitaires négatifs liés à la maternité et à l'accouchement.

Un autre point significatif réside dans la difficulté à avoir réellement une réflexion multi-niveaux, lorsque l'on fonctionne selon le couplet proximal-distal. La perspective proximale encourage des actions qui permettent de réduire les facteurs de risque individuels, en faisant l'abstraction des facteurs sociétaux. La perspective distale, quant à elle, considère que ce type d'initiatives en matière de santé publique est futile tant qu'on n'aura pas agit sur les facteurs sociétaux. En réalité, plaide Krieger, en matière de santé, aussi bien la dimension matérielle que les relations sociales inhérentes à tout type de produit ou processus sont à considérer, justement en raison de l'exposition à la fois physique et sociale. Une fois encore, l'exemple du tabac est très éclairant. D'un côté, la combustion de la feuille de tabac et son inhalation conjointe avec une multitude de substances chimiques est à l'origine d'une augmentation du risque de cancer et de maladies cardio-vasculaires et pulmonaires. De l'autre côté, le tabac constitue un produit hautement profitable, dont la production, distribution, publicité et consommation impliquent (1) un effort permanent de marketing (impliquant la manipulation des idéologies à travers les concepts de liberté, classe, genre, sexualité, race/ethnie et ciblant les groupes vulnérables) ; (2) une régulation et une taxation par le gouvernement ; (3) un emploi pour les paysans et les travailleurs dans le secteur ; (4) des accords commerciaux et des traités internationaux. Dans ce contexte, une action efficace implique la capacité d'agir simultanément à tous les niveaux, en étant honnêtes et transparents sur les perdants et les gagnants du statut quo. Des considérations tout à fait similaires sont valables pour d'autres thématiques, soient-elles « proximales » (risques environnementaux ou occupationnels, nourriture saine à un prix abordable) ou

« distales » (pauvreté). En ce sens, la proposition de Krieger en termes d'action nous semble s'approcher du cadre conceptuel proposé par Dahlgren et Whitehead (1991).

En conclusion, Krieger suggère d'abandonner la terminologie « proximal-distal » et ses implications en termes de modèle opérationnel, pour privilégier une approche par les niveaux, les chemins (de causalité) et le pouvoir, plus à même de développer des stratégies efficaces pour niveler les inéquités de santé. Cette action est conceptuellement ancrée dans une approche éco-sociale de la santé, qui, comme indiqué auparavant (cf. chapitre 3.5.1), demeure peu pratiquée à ce jour, en dépit de sa grande richesse théorique.

3.6. Synthèse

Le tableau ci-après synthétise les principaux éléments relatifs à chaque modèle.

MODELE	MOTS-CLES	COMPOSANTES	HIERARCHISATION	DECOUPAGE DET. STRUCTURELS/COMPORTEMENTAUX	DETERMINANTS SPECIFIQUES (TRAITEMENT EXPLICITE)						PONDERATION(S) BASEE(S) SUR LE MODELE
					GENRE	MIGRATION	CAPITAL CULTUREL	REVENU	FORMATION	OCCUPATION	
LALONDE (1974)	1. déterminants de la santé 2. responsabilité individuelle	1. Modes de vie 2. Environnement 3. Biologie 4. Système de soins	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	OUI
EVANS & STODDART (1990)	1. déterminants de la santé 2. articulation approches matérialiste/comportementale	1. Environnement social 2. Environnement physique 3. Réaction individuelle 4. Patrimoine génétique 5. Système de soins 6. Prospérité	OUI	PAS EXPLICITE	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON
DAHLGREN & WHITEHEAD (1991)	déterminants des inégalités de santé	1. Condit. socio-éco., cult. et envir. 2. Conditions de vie et travail 3. Réseaux soc. et comm. 4. Modes de vie individuels 5. Age, sexe, fact. héréditaires	OUI	PAS EXPLICITE	NON	NON	NON, mais mention	OUI	OUI	OUI	NON
CDSS (2008)	déterminants des inégalités de santé	1. Contexte socio-politique et économique 2. Dét structurels et position socioéconomique 3. Dét. intermédiaires	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI, PARTIELLE

Tab. 1: Synthèse des éléments saillants des modèles retenus dans l'analyse

L'évolution historique des différents modèles conceptuels retenus dans l'analyse appelle plusieurs considérations.

En premier lieu, on constate un double phénomène de **complexification** et de **hiérarchisation** des modèles. Au découpage relativement simple du modèle Lalonde, en quatre catégories de déterminants, peu hiérarchisées entre-elles, succèdent des modèles de plus en plus fins qui stratifient les niveaux d'articulations, clarifient mieux les liens de causalité et identifient les catégories de déterminants les plus significatives.

Cette évolution est principalement le résultat des apports progressifs de la recherche scientifique, mais elle est également l'expression du contexte politique et économique de l'époque pendant laquelle le modèle a vu le jour. Ainsi, l'importance accordée à la responsabilité individuelle dans l'état de santé, très forte chez Lalonde et qui perdure encore aujourd'hui dans une partie de la production scientifique nord-américaine, ne peut pas être isolée de la montée en puissance de l'orthodoxie néo-libérale dès la fin des années 70. De même, le poids plus important accordé à la dimension sociétale et structurelle dans l'explication de l'état de santé n'est pas étrangère à la critique des excès du modèle néo-libéral en matière de dispositifs de régulation publique.

En deuxième lieu, on relève le glissement de l'approche générale vers le thème des **inégalités (ou inéquités) de santé**, en particulier à partir des années 90. Aujourd'hui, si les modèles co-existent et il n'est donc pas possible de parler d'un changement de paradigme, l'approche par les inégalités de santé représente le courant dominant au niveau de la recherche (dans ses principales expressions que sont les approches matérialiste, néo-matérialiste et psycho-sociale). Néanmoins, son opérationnalisation au niveau de l'action publique n'est aujourd'hui que partiellement réalisée. Une telle implémentation, pour autant qu'elle soit politiquement souhaitée (cf. chapitre 4.4.), implique également la clarification des objectifs de cette action. Si l'on vise la réduction de la fourchette des inégalités de santé, les politiques publiques devraient prioritairement s'intéresser à ajuster le niveau des déterminants matériels des groupes socio-économiques les plus pauvres sur celui de la majorité de la population. Si l'on vise la réduction du gradient socio-économique, les politiques publiques devraient mettre l'accent sur le relèvement du niveau des déterminants de toute la société, en ayant comme standard celui des groupes socio-économiques les plus aisés.

En troisième lieu, on constate l'évolution de la place du **système de soins** dans l'approche par les déterminants de la santé. Initialement critiqué en tant que principal facteur explicatif de l'état de santé, ce déterminant apparaît encore comme une catégorie explicative autonome dans les premiers modèles, bien que son importance soit considérablement réduite. Néanmoins, dès lors que l'on abandonne fondamentalement la perspective curative, le système de soins est re-évalué en tant que déterminant social de la santé, à travers la question de l'accessibilité.

En dernier lieu, avec l'évolution des modèles, on remarque la « disparition » de l'**environnement naturel ou physique** en tant que catégorie autonome de déterminant de la santé. Cette situation ne traduit pas directement les résultats de recherche, dans la mesure où le domaine de la santé environnementale demeure un thème de recherche important. Elle est plutôt l'expression d'une reclassification de ce thème à l'intérieur de la perspective

plus large des inégalités de santé, où l'environnement naturel devient l'un des facteurs d'exposition et de vulnérabilité différentiels sur le lieu de travail ou au domicile, au même titre que d'autres déterminants dits « intermédiaires », si l'on se réfère au modèle CDSS.

4. Pondération des déterminants de la santé

4.1 Introduction

La question de l'importance relative de chaque déterminant ou catégorie de déterminants a rapidement fait l'objet d'analyses empiriques. Cette orientation constituait une suite cohérente au nouveau paradigme sur le caractère multisectoriel de la santé, qui demandait à être étayé par une quantification à même de clarifier le poids spécifique des déterminants autres que le système de soins, et dont on postulait la prééminence dans la détermination de l'état de santé des populations. Avec Dever (1976), un premier modèle épidémiologique basé sur le modèle de Lalonde, a vu le jour. Le CDC (1978, 1993) a validé les résultats obtenus par Dever et des études ultérieures sur les causes et les déterminants de la mortalité (McGinnis, 1993, Fielding, 1994) ont proposé des analyses et des résultats similaires. Ce type de modèle épidémiologique était encore en vogue dans les années 2000 dans des documents de portée nationale (voir par exemple la cadre stratégique de prévention des Etats-Unis, *Healthy People 2010*). Cela, malgré une analyse critique précoce (Gunning-Schepers, 1987), portant aussi bien sur les aspects théoriques que méthodologiques. Partant de ces constats, des modèles et analyses alternatifs plus ou moins développés ont été proposés. Ils sont le reflet des avancées considérables de la recherche sur les déterminants de la santé et ils essaient de donner corps à l'évolution des nouveaux modèles théoriques qui ont vu le jour.

4.2. Présentation et analyse des quelques exemples de pondération

4.2.1. Le modèle épidémiologique de Dever

Objectif

L'auteur se donne pour objectif d'élaborer un modèle épidémiologique utilisable dans l'analyse des politiques de santé.

Caractéristiques du modèle

Le **cadre théorique** de l'analyse repose sur le **modèle proposé par Lalonde**, dont il développe les catégories des déterminants de la santé. Il reprend en cela la suggestion de Lalonde, qui mentionnait, sans l'approfondir, la possibilité de détailler chaque catégorie par des sous-catégories et de déboucher à un cadre d'ensemble devant permettre la traçabilité de chaque problème de santé.

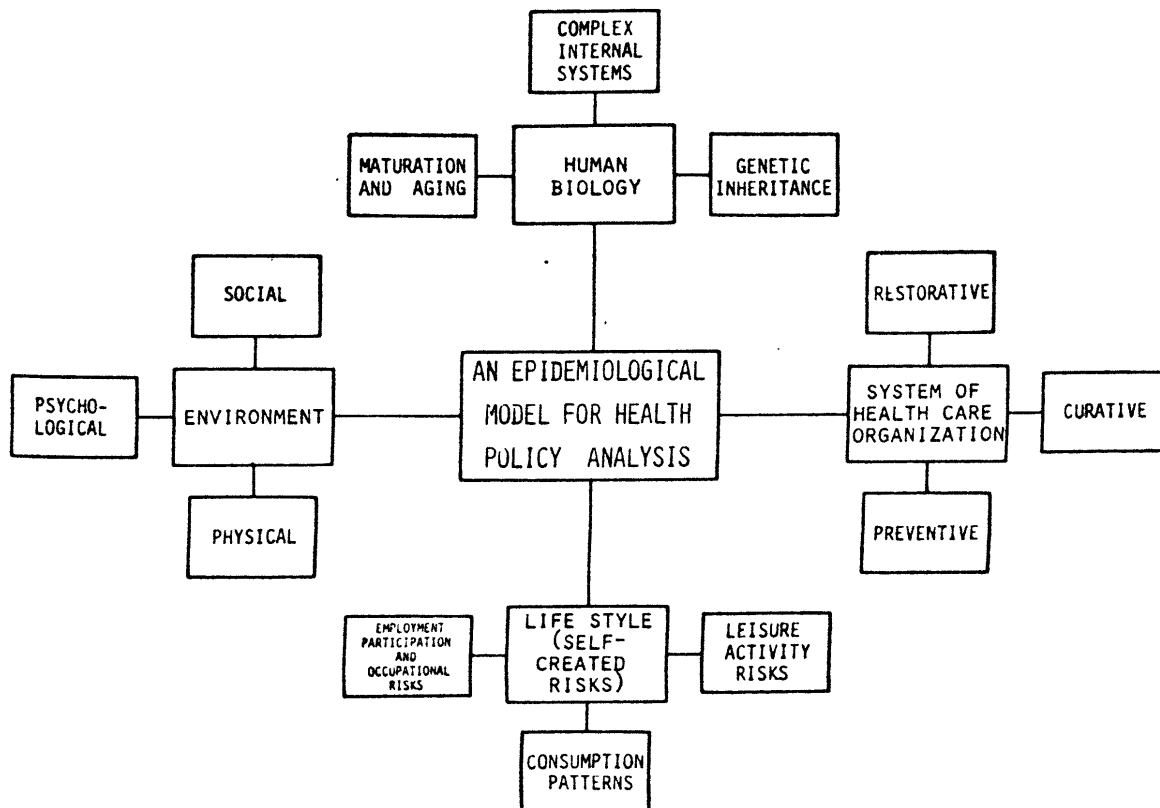


Fig. 5: Le modèle de Dever (Dever, 1976:455)

Méthodologie générale de l'étude

L'application empirique du modèle repose sur quatre points:

- Sélection de maladies à haut risque et qui contribuent de manière substantielle à la morbidité et à la mortalité d'ensemble
- Attribution proportionnelle des facteurs explicatifs de la maladie aux quatre catégories du modèle épidémiologique
- Attribution proportionnelle des dépenses totales de santé aux quatre catégories du modèle épidémiologique.

Données

- Les **13 principales maladies** (classification CIM-8) recensées en Géorgie (USA) ont été retenues: maladies cardiaques; cancers; maladies cérébro-vasculaires; accidents avec des véhicules motorisés; autres accidents; grippe et pneumonie; maladies du système respiratoire; maladies des veines, artères et capillaires; homicides; blessures à la naissance et autres maladies spécifiques de l'enfance; diabète mellitus; suicides; anomalies congénitales.
- Les **dépenses fédérales des programmes de santé** (période 1974-1976) ont été retenues.

Mode de calcul

- Pour chaque maladie a été calculée la contribution relative (%) à la mortalité totale
- Pour chaque maladie, l'attribution relative de la mortalité (%) a été ventilée dans les catégories du modèle épidémiologique et une valeur moyenne par catégorie du

modèle a été calculée. Cette attribution a été faite à travers les contributions des professionnels de la santé. A ce sujet l'auteur indique que cette classification est subjective, mais correspond toutefois avec la majorité de la littérature médicale.

- Les dépenses fédérales dans les programmes de santé ont été reclassées par l'auteur en fonction des quatre catégories du modèle épidémiologique et la part relative (%) de chacune a été calculée.

Résultats

Les attributions relatives des dépenses fédérales de santé et de la mortalité ont été résumées dans le tableau ci-dessous.

Modèle épidémiologique	Dépenses fédérales dans la santé (1974-1976) (%)	Allocation de la mortalité tous causes confondues (%)
Système de soins	90.6	11
Habitudes de vie	1.2	43
Environnement	1.5	19
Biologie	6.9	27
Total	100.2*	100

*valeur dépassant 100% en raison de l'arrondi

Tab. 2: Comparaison des dépenses fédérales dans la santé et de l'attribution de la mortalité selon le modèle épidémiologique (Dever, 1976:465, traduit par nos soins)

4.2.1.1. La perspective comparative

Les résultats obtenus par Dever ont fait l'objet d'un travail de validation. Le tableau ci-dessous présente une synthèse comparative.

Facteurs influençant la santé	Attribution de la mortalité (%)			
	Modèle Dever (1976)	Modèle CDC (1978)	Modèle CDC (1993)	McGinnis/Foege (1993) ¹ Fielding/Halfon (1994) ¹
Système de soins	11	10	10	17
Habitudes de vie	43	53	51	34
Environnement	19	21	19	21
Biologie	27	16	20	28
Total	100	100	100	100

Tab. 3 : Comparaison des modèles d'allocation de la mortalité (Dever, 2006:16, traduit et adapté par nos soins)

¹ Le calcul de la pondération pour ces deux études a été réalisé par Dever, mais malheureusement, il ne nous a pas été possible d'accéder à la littérature explicitant le mode de calcul. Néanmoins, la consultation de ces deux études, qui portent sur les causes de mortalité aux Etats-Unis, nous laisse penser que Dever a procédé par une classification des causes de mortalité susmentionnées dans ses propres catégories de déterminants.

La pondération établie dans le cadre de ces études est tout à fait similaire. La prééminence des habitudes de vie est totale, expliquant jusqu'à environ le 50% de la mortalité. La place marginale du système de soins se confirme, alors que les valeurs entre les facteurs environnementaux et biologiques sont très proches. L'attribution calculée à partir des travaux de McGinnis/Foege et Fielding/Halfon fait apparaître une contribution plus équilibrée des différents facteurs, sans pour autant que la hiérarchie en soit modifiée.

Le modèle de Dever, validé par le Centers for Disease Control (CDC), s'est imposé comme le modèle de référence dans le contexte nord-américain et d'autres modèles de pondération s'en sont inspirés.

Il est intéressant de noter que des évolutions sont intervenues dans la catégorisation, la dimension biologique étant progressivement évincée du modèle, et la composition des catégories pouvant varier. Ainsi, à titre d'exemple, le classement américain de la santé des Comtés (*County Health's Ranking*), utilise en large partie ce découpage, la catégorie des facteurs économiques et sociaux (formation, emploi, revenu, réseaux sociaux et familiaux, sécurité) ayant remplacé la catégorie « biologie ». Le classement américain de la santé (*America's Health Rankings*), qui sert comme base de comparaison entre états, a retenu, quant à lui, quatre catégories de déterminants (pesant globalement 75%) et une catégorie d'impacts (pesant 25%). Parmi les quatre catégories de déterminants, nous retrouvons « Habitudes de vie » et « système de soins », ainsi que de catégories « politiques de santé et politiques publiques » et « communauté et environnement ».

4.2.1.2. La perspective critique

Gunning-Schepers et Hagen (1987) ont tenté, à titre individuel, de répliquer l'analyse de Dever, en l'appliquant au contexte néerlandais. Gunning-Devers s'est intéressé aux maladies, alors que Hagen a traité la problématique des coûts.

Le cadre théorique de l'analyse, ainsi que la méthodologie générale de l'étude ont repris celles proposées par Dever.

Données

Gunning-Schepers:

- Les 10 principales causes de mortalité aux Pays-Bas ont été retenues: cancer; maladies cardiaques; accidents cérébro-vasculaires; autres maladies cardiaques; bronchites, emphysèmes et asthme; pneumonie; autres accidents; accident avec véhicules motorisés; diabète mellitus; suicide.
- Les 10 principales causes de consultation médicale ont été retenues: surpoids; hypertension; désordre fonctionnel nerveux; varices; bronchite chronique; arthrite; problèmes auditifs; diabète mellitus; angine pectoris; infarctus du myocarde.

Hagen:

- 18 différentes catégories de services de soins aux Pays-Bas ont été recensées.

Mode de calcul

Gunning-Schepers:

- Pour chaque maladie, les causes de mortalité ainsi que les raisons des visites médicales ont été ventilées dans les catégories du modèle épidémiologique. Cette

attribution a été faite par un groupe d'experts, auxquels il a été demandé d'estimer pour chacune des maladies retenues la part relative de chaque facteur, au moyen d'un questionnaire. Il a été admis que le total des pondérations pouvait être différent de 100% (supérieur en cas de multi-causalité, ou inférieur si les experts estimaient que les quatre facteurs n'expliquaient pas l'intégralité de l'incidence de la maladie). Un total de 23 questionnaires a été envoyé. Le taux de réponse a été de 90% (21 questionnaires) ; 13 questionnaires (57%) proposaient des estimations et 8 (34%) refusaient de répondre mais justifiaient leur choix.

Hagen:

- Pour chaque catégorie de service de soins a été estimée la part de consommation pouvant être évitée. Cette estimation a été établie par 47 experts en médecine sociale concernant les 18 catégories de services de soins et par 33 cliniciens qui ont uniquement répondu concernant les services de diagnostic. Dans le 1^{er} groupe, 39 réponses ont été retournées, dont 36 (77%) ont pu être retenues dans l'analyse des résultats. Dans le deuxième groupe 19 (58%) réponses ont été retournées, dont 6 répondant au questionnaire et 12 s'y refusant mais justifiant leur choix.

Résultats

Gunning-Schepers:

Les résultats obtenus amènent l'auteur à deux considérations majeures.

- La première concerne **le faible taux de participation (avec un haut taux de réponse) et la proportion assez importante de refus de réponse**. Le premier élément pose des problèmes d'interprétation des données, le deuxième élément éclaire passablement les incertitudes qui demeurent quant aux causes des principales maladies.
- La deuxième considération concerne **l'extrême variance** des réponses obtenues, traduisant l'incertitude quant à l'étiologie de la maladie, mais également l'inadéquation du questionnaire, les interprétations des déterminants pouvant diverger parmi les experts.

Dans cette perspective, l'exercice de quantification en sort passablement affaibli. La grande variance des réponses limite la pertinence de l'exercice de répliquabilité. A titre comparatif, nous avons repris les données de Gunning-Schepers et les avons formatées pour les rendre comparables avec celles de Dever.

Modèle épidémiologique	Etude de Dever	Etude de Gunning-Schepers
Système de soins	11	10.25
Habitudes de vie	43	41.5
Environnement	19	21.25
Biologie	27	22
Total	100	95*

*Le total est inférieur à 100% en raison d'absence de réponses sur certaines pathologies

Tab. 4.: Comparaison de l'attribution des causes de mortalité aux catégories du modèle épidémiologique

Si les estimations de deux études apparaissent finalement assez proches, la comparaison doit être interprétée avec beaucoup de prudence. En effet nous ne disposons d'aucune information circonstanciée sur les modalités précises de collecte de l'information chez

Dever. On ne connaît ni la variance des réponses obtenues dans son étude, ni le mode d'agrégation retenu pour assembler les estimations des experts. Ces incertitudes, ainsi que l'expérience vécue avec son propre questionnaire, incitent Gunning-Schepers à se montrer sceptique quant à la netteté des données livrées par Dever.

Hagen:

- Les réponses des experts en médecine sociale se caractérisent également par une très grande variance dans l'appréciation du potentiel d'économies en matière de soins de santé.
- Les raisons du haut taux de non-réponse des cliniciens renvoient principalement à des difficultés à proposer des estimations, mais également à des problèmes d'incompréhension du questionnaire, ou encore à l'inutilité de la démarche, la limitation d'une maladie et des coûts y afférents étant remplacée par une autre maladie.

Discussion

L'absence profonde de consensus entre les experts sur leurs propres données et le caractère opaque (absence d'informations précises dans la littérature) de la méthodologie de Dever, incitent les auteurs à conclure à la non-réplicabilité du modèle et à la difficulté d'utiliser les résultats pour l'analyse des politiques de santé.

Sur ce dernier point, les auteurs relèvent plusieurs difficultés :

- Les catégories de déterminants réunissent, dans les faits, des facteurs de risque. Or, il n'est pas toujours possible d'attribuer avec précision ces facteurs de risque à l'une ou l'autre des catégories.
- Du point de vue des politiques de santé, la clarification du poids de cette catégorie est une information utile, mais pas suffisante pour orienter l'action. En particulier, elle ne permet pas d'apprécier de quelle manière l'intervention sur un déterminant donné permet de limiter l'importance d'une maladie donnée.
- Le nombre et les articulations des facteurs de risque inclus dans chaque catégorie sont tellement importants, qu'il devient très ardu de définir des axes d'intervention pour réduire l'impact d'une catégorie, dont le poids est donné comme un agrégat. Sur quel(s) facteur(s) de risque agir ? Comment mesurer la contribution spécifique de chaque facteur à la baisse de la valeur globale ?

A ces considérations d'ordre méthodologique, s'ajoute un **problème plus profond, lié au modèle de santé lui-même** que Dever essaie de quantifier :

- Les **modèles de santé** servent généralement à fournir une simplification des facteurs multiples qui influencent la santé. Implicitement, **ils postulent l'existence d'une relation de causalité** entre les facteurs de risque et l'état de santé. Or, la relation de causalité bien établie entre un facteur de risque étiologique et une maladie, **n'est pas identique** à celle entre un déterminant et une maladie.

<i>Exemple : Fumée de tabac</i>

La fumée de tabac est un facteur étiologique de risque en relation au cancer du poumon.

*Son classement dans les catégories de déterminants « habitudes de vie » plutôt que « environnement » ne dépend pas du facteur lui-même, mais du **parcours d'exposition** de l'individu concerné.*

*En demandant à des experts de classer des facteurs de risque dans une catégorie de déterminants, on **obtient une appréciation (subjective) du parcours d'exposition à un facteur de risque et pas une mesure (objective) du poids relatif d'un facteur de risque.***

Partant, l'élaboration d'un modèle **quantitatif** utile aux décideurs, doit, selon les auteurs, être organisée sur d'autres bases :

- Utiliser les connaissances épidémiologiques pour estimer la part d'une maladie donnée attribuable un facteur de risque donné. Une telle approche ne peut pas éviter les limitations imposées par le fait que tous les facteurs de risques connus n'expliquent qu'une petite partie des différences de mortalité. Elle permet toutefois de disposer d'une base minimale sur laquelle il est possible d'agir.
- Estimer la capacité des programmes de santé publique intervenant à différents niveaux à faire baisser l'exposition à un facteur de risque donné. Cela implique d'estimer la réduction du niveau d'exposition attribuable de chaque approche d'intervention et de la convertir en termes de réduction d'incidence de la maladie concernée, à travers le modèle épidémiologique retenu.

4.2.1.3. Synthèse

Les résultats produits par l'étude de Dever mettent clairement en évidence le décalage criant entre le choix de l'acteur public en matière d'allocation des fonds destinés au secteur sanitaire et la distribution de la mortalité. En ce sens, elle a le grand mérite de pointer l'inefficacité de la santé publique en matière de lutte contre les principales causes de mortalité. Elle offre ainsi un premier levier pour repenser la politique nationale de santé et potentiellement envisager le passage du paradigme curatif au paradigme préventif. En outre, ce modèle épidémiologique à une portée pédagogique manifeste, sa compréhension est aisée, et il permet l'élaboration de modèles de *benchmarking* au niveau national ou régional.

Les adaptations qui ont vu le jour en ont modifié les paramètres pour tenir compte de l'état de la recherche, en particulier par l'intégration des facteurs structurels définissant le statut socio-économique. Toutefois, il nous semble² que les fondements de ce modèle n'aient pas été questionnés. Si l'on s'en tient à cette hypothèse, les critiques formulées par Gunning-Schepers et Hagen demeurent valables à ce jour. Nous pensons en particulier à la prise en

² Malheureusement, nous n'avons pas pu avoir accès aux références qui précisent les modalités de validation du modèle de Dever par le CDC et qui auraient éventuellement pu apporter une réponse aux critiques de Gunning-Schepers et nous devons donc nous en tenir à une appréciation hypothétique, basé sur les informations dont nous disposons.

compte ardue de la dimension multifactorielle des maladies, à la difficulté à clarifier les parcours de causalité et, partant, à attribuer les déterminants à une catégorie donnée ou encore à la faiblesse méthodologique du système d'experts pour l'établissement d'une relation de causalité entre un facteur de risque et une pathologie³.

4.2.2. L'étude de Stronks

L'étude de Stronks et al. (1996) aux Pays-Bas constitue la première tentative empirique de proposer une explication des inégalités socio-économiques de santé, en mesurant le poids respectifs des facteurs comportementaux et structurels. Dans cette perspective, elle constitue une tentative de quantifier les gros acquis de la recherche cumulés à partir du Rapport Black (1980).

La distinction essentielle entre ces deux catégories de déterminants demeure un élément fondamental au niveau du modèle CDSS, élaboré 12 ans après cette étude empirique. Aussi, l'étude de Stronks et al. a été reproduite avec succès dans différents pays européens. Ces deux raisons nous ont incités à la retenir comme un exemple pertinent pour discuter les questions de pondération en relation avec le modèle CDSS.

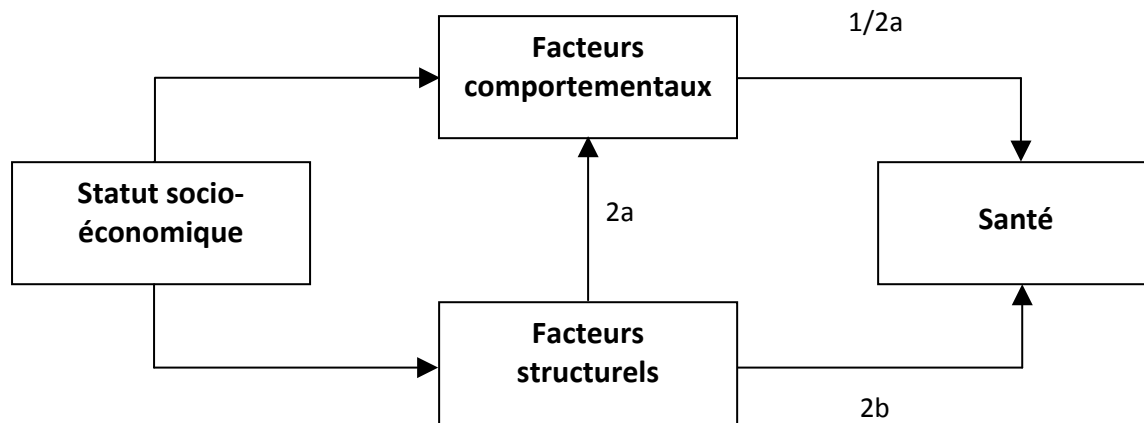
Cadre théorique

L'approche proposée par les auteurs part du postulat que **l'association entre statut socio-économique (SSE ci après) et santé est principalement due à un effet du SSE sur la santé, plus que l'inverse.**

Cette influence ne se fait pas de manière directe, mais à travers deux facteurs : les **facteurs structurels** et les **facteurs comportementaux**.

Ces deux catégories de déterminants sont, à leur tour, reliées entre elles. En effet, les facteurs comportementaux, comme en témoigne l'abondante recherche disponible, sont en partie influencés par les facteurs structurels. Partant, les effets sur la santé de ces deux facteurs se produisent de manière directe, ou indirecte, les facteurs structurels agissent *via* les facteurs comportementaux.

³ Sur ce point, tout en n'ayant pas pu accéder à la méthodologie de validation du CDC mentionnée dans la note précédente, on peut tout de même émettre l'hypothèse que les limites inhérentes au système-expert ont pu être confirmées ou infirmées par l'analyse statistique de données épidémiologiques.



- 1 effets indépendants des facteurs comportementaux
 2a effets indirects des facteurs structurels (via les facteurs environnementaux)
 2b effets directs des facteurs structurels

Fig. 6. Le cadre théorique de Stronks et al. (1996 :656)

Méthodologie de l'étude

La démarche méthodologique de l'étude repose sur les étapes suivantes :

- Identification de l'échantillon soumis à l'analyse
- Définition des variables de l'analyse :
 - indicateurs mesurant le SSE : formation (en 7 niveaux)
 - indicateurs de santé : conditions chroniques (23 maladies) ; affections diverses (13 situations), état de santé général (4 catégories)
 - facteurs comportementaux : fumée (fumeur ou ancien fumeur, consommation journalière), consommation moyenne d'alcool (par jour et fréquence hebdomadaire), activité physique (heures passés dans des activités diverses), indice de masse corporelle
 - facteurs structurels : nb de personnes par pièce, conditions physiques de l'habitat (humidité, moisissure, froid), conditions du quartier (problèmes de bruit, odeur, vandalisme), problèmes financiers (difficultés à payer le loyer, les achats, les factures. etc.), situation en emploi (indépendant ou employé), conditions physiques du travail (problèmes d'exposition au bruit, à la poussière, activités dangereuses, etc.)
 - facteurs confondants : âge, statut marital, religion, niveau d'urbanisation.
- Définition des modèles statistiques d'analyse de corrélation
- Collecte des données auprès de l'échantillon populationnel via un questionnaire, auto-évaluation de l'état de santé
- Analyse

Données

Les données ont été obtenues à partir d'une base de données constituée dans le cadre d'une étude de cohorte prospective des 15-74 ans, visant à expliquer les inégalités socio-économiques de santé aux Pays-Bas. Un échantillon de 27'000 individus a été retenu, avec une surreprésentation des 45-74 ans et une surreprésentation des groupes socio-économiques les plus riches et les plus pauvres.

Un questionnaire postal leur a été adressé. Le taux de réponse a été de 70.1%, se traduisant par un échantillon étudié de 18'973 personnes. Environ 3'000 individus ont été par la suite exclus de l'analyse en raison du caractère incomplet des réponses.

Mode de calcul

Des modèles de régression logistique ont été élaborés, et utilisés pour une double finalité :

- Vérifier si un facteur de risque individuel donné avait une relation indépendante avec l'état de santé, en tenant compte des facteurs confondants potentiels, ainsi que les autres facteurs (structurels et comportementaux)
- Estimer les différences socio-économiques dans la prévalence de problèmes de santé, en tenant compte des facteurs confondants
- Estimer l'importance relative des facteurs comportementaux et structurels dans l'explication des différences au niveau de l'état de santé.

Pour ce dernier point, quatre modèles ont été élaborés :

- Modèle de base : SEE+ état de santé
- Modèle 1 : SEE+facteurs confondants+facteurs structurels+facteurs comportementaux
- Modèle 2 : SEE+ facteurs confondants+ facteurs structurels
- Modèle 3 : SEE+ facteurs confondants+facteurs comportementaux

Les coefficients de régression et leur déviation standard ont été utilisés pour calculer les Odds Ratio (intervalle de confiance à 95%). Les Odds Ratio expriment l'excès de risque pour les différents niveaux de formation, par rapport au risque (odds ratio=1) du niveau de formation le plus élevé.

Le calcul des pondérations a été réalisé en quatre étapes :

A) Part totale expliquée de la corrélation

$(OR \text{ Modèle de base} - OR \text{ Modèle 1}) / (OR \text{ Modèle de base} - 1)$

B) Pondération 1 (facteurs comportementaux)

Part totale expliquée de la corrélation – $((OR \text{ Modèle de base} - OR \text{ Modèle 2}) / (OR \text{ Modèle de base} - 1))$

C) Pondération 2a (facteurs structurels via les facteurs comportementaux)

$(OR \text{ Modèle de base} - OR \text{ Modèle 3}) / (OR \text{ Modèle de base} - 1)$ – pondération 1

D) Pondération 2b (facteurs structurels)

$((OR \text{ Modèle de base} - OR \text{ Modèle 2}) / (OR \text{ Modèle de base} - 1))$ – pondération 2b

Résultats

Le tableau ci-après présente la pondération entre les différents facteurs explicatifs de l'état de santé de la population avec le niveau d'éducation le plus bas. Les lettres en majuscule font référence aux étapes mentionnées dans le mode de calcul.

Part expliquée de la corrélation (%)	Facteurs structurels (2a+2b) (%)	Facteurs structurels : part directe (2a) part indirecte (2b)	Facteurs comportementaux indépendants (1)	Facteurs comportementaux (1) y compris part indirecte des facteurs structurels (2a)
70	56	33 23	14	37

Tab. 5: Pondération (en %) des facteurs explicatifs de l'état de santé (Stronks et al. (1996), repris par Giesecke et Müters (2009 : 56)

L'indicateur de santé retenu est celui des affections signalées (trois ou plus). La pondération relative aux deux autres indicateurs de santé retenus dans l'étude (état général de santé perçu et maladies chroniques) a donné des résultats tout à fait similaires.

Le **premier élément** à retenir est le **potentiel explicatif relativement élevé du modèle**. En effet, l'état de santé peut être expliqué à 70% par les facteurs structurels et comportementaux susmentionnés, le 30% restant inexpliqué.

Le **deuxième élément** significatif est **l'importance du poids attribué aux déterminants structurels**. En particulier, la possibilité de distinguer les facteurs structurels directs des facteurs structurels indirects, c'est à dire se manifestant à travers les déterminants comportementaux, réduit le poids spécifique de ces derniers. Ainsi, la capacité de discriminer dans la superposition entre facteurs structurels et comportementaux permet de corriger les parts relatives de chaque catégorie. Sans discrimination, c'est-à-dire avec une sur-pondération des facteurs comportementaux, on aurait un ratio équilibré entre facteurs - 33% structurels, 37% comportementaux - alors qu'avec la discrimination, les premiers pèsent quatre fois plus que les deuxièmes, selon un ration de 56%-14%.

Les auteurs **invitent néanmoins à la prudence** quant à la généralisation possible de ces résultats, pour différentes raisons :

- Le fait que l'analyse soit basée sur les données d'une enquête transversale, ne garantit pas de manière absolue la relation de causalité entre variables explicatives et état de santé. La corrélation pourrait également être le reflet d'un processus de sélection, sur l'exemple de celle qui lui le statut professionnel et l'état de santé.
- Si l'étude démontre l'impact des facteurs structurels via des facteurs comportementaux, l'impact inverse est également possible. Cela est potentiellement susceptible d'affecter les conclusions de l'étude mais devrait être préalablement démontré à travers de données issues d'enquêtes longitudinales.
- Des biais ont pu se produire par le fait que la mesure des variables retenues s'est faite sur le principe de l'auto-évaluation. Cela a pu introduire des effets de

surestimation, en particulier des facteurs structurels. La validité de ce mode d'évaluation pour ce type de facteurs n'était pas traitée dans des études similaires de l'époque.

- L'impossibilité d'atteindre l'exhaustivité au niveau des variables prises en compte pour caractériser chaque facteur a pu induire une sous-estimation du potentiel explicatif des deux catégories de facteurs.
- Finalement, les auteurs considèrent que le choix de facteurs explicatifs ne permet pas de tirer définitives quant au poids relatif de chaque catégorie de facteurs. A titre d'exemple, si les facteurs comportementaux retenus sont plus représentatifs du mode de vie des groupes les plus défavorisés que ne le sont les facteurs structurels, cela mènerait à une surestimation de la contribution des facteurs comportementaux. Aussi, un élargissement de la batterie de facteurs structurels aurait probablement conduit à davantage de superposition entre ces derniers et les facteurs comportementaux.

A la lumière de ces considérations, les auteurs invitent à répliquer les études en employant des indicateurs de santé plus spécifiques (par exemple l'incidence de maladies cardiaques) pour lesquels les déterminants sont mieux connus. Partant, il serait plus aisé d'apprécier si tous les principaux facteurs explicatifs ont été pris en compte dans l'analyse.

4.2.2.1. La perspective comparative

L'étude de Stronks et al., a été reproduite dans différents pays par Schrijvers et al (1999), Richter et Mielck (2000), Van Lenthe et al. (2002), Laaksonen et al (2005) et Giesecke et Müters (2009). Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Etude	Part expliquée de la corrélation (%)	Facteurs structurels (2a+2b) (%)	Facteurs structurels : part directe (2a) part indirecte (2b)	Facteurs comportementaux indépendants (1)	Facteurs comportementaux (1) y compris part indirecte des facteurs structurels (2a)
Stronks et al. (1996)	70	56	33 23	14	37
Richter & Mielck (2000)-H	84	64	43 21	20	41
Laaksonen et al. (2005) -H	37	20	13 7	17	24
Laaksonen et al. (2005) -F	57	38	27 11	19	30
Schrijvers et al. (1999)	92	67	39 28	25	53
Van Lenthe et al. (2002)	100	76	40 36	24	60
Giesecke & Müters (2009)-H	76	48	43 5	28	33

Tab. 6: Tableau comparatif des études ayant utilisé la méthodologie de Stronks et al. (1996) pour établir une pondération (en %) des facteurs explicatifs de l'état de santé (Giesecke et Müters (2009 : 56))

En premier lieu, ce comparatif met en évidence **la fourchette assez large dans la part expliquée de la corrélation**, qui va de 37% chez Laaksonen et al. (2005) à 100% chez Van Lenthe et al. (2002). Le premier auteur explique le faible pourcentage explicatif par le caractère extrêmement homogène du profil de l'échantillon analysé. Le deuxième auteur n'avance pas d'éléments explicatifs à son pourcentage maximal.

En moyenne toutefois, en éliminant les valeurs extrêmes, la capacité explicative se situe aux alentours de 75%, ce qui constitue une valeur significative.

En deuxième lieu, le **ratio entre le poids des facteurs structurels et celui des facteurs comportementaux demeure constamment en faveur des premiers**. Ce qui varie, c'est son importance, qui est maximale chez Stronks (ratio 4:1) et minimale chez Giesecke et Müters (ratio inférieur à 2:1). Chez ces derniers auteurs des ajustements méthodologiques ont été apportés en vue de corriger une surestimation de la part indirecte des facteurs structurels, qui, en comparaison avec les autres études, est nettement inférieure à la part directe de ces mêmes facteurs structurels. **Dans la perspective d'une éventuelle utilisation de cette méthode pour des calculs de pondération en Suisse, il serait donc judicieux d'évaluer plus**

en détail l'opportunité d'utiliser le cadre méthodologique modifié par Giesecke et Müters, plutôt que celui de Stronks et al.

4.3. Discussion

La rapide analyse des quelques tentatives de pondération réalisées depuis la publication du modèle Lalonde a mis en évidence la complexification qui caractérise ce type d'exercice, et qui va de pair avec l'évolution des modèles explicatifs sur les déterminants de la santé.

Néanmoins, nous avons également constaté que différentes approches de la pondération, se référant à différents modèles conceptuels de déterminants de la santé, cohabitent aujourd'hui, traduisant en cela le fait que le changement paradigmatique n'a pas encore complètement abouti. En particulier, il nous semble possible de relever l'existence d'un hiatus entre la recherche, produisant majoritairement un savoir en matière d'inégalités de santé et les politiques publiques, au niveau desquelles l'approche par les inégalités ne représente pas le courant dominant, au profit d'une action encore passablement centrée sur la modification des comportements individuels. Si depuis le modèle conceptuel proposé par Dahlgren et Whitehead (1991), il apparaît clairement que l'action publique combinant des interventions sur les déterminants comportementaux à celles sur les déterminants structurels est possible et nécessaire, cette synthèse n'a pas eu lieu. Partant, l'implémentation d'une politique multifactorielle et multisectorielle de la santé demeure une tâche difficile.

Dans cette perspective, la question du choix d'un modèle de pondération relève à la fois de la dimension politique que de la dimension scientifique. Au niveau de la recherche, le savoir acquis depuis une trentaine d'années plaide davantage en faveur d'une approche par les inégalités de santé. Au niveau politique, l'adoption de cette donnée scientifique signifie que les résultats de la pondération en matière d'inégalités de santé devraient se traduire par une ré-orientation de l'action publique vers les facteurs structurels. Concrètement, cela interpelle de manière plus large le modèle social de l'Etat, et en particulier (mais non seulement), les politiques fiscales, les politiques redistributives et le système d'aide social dans son ensemble.

5. Conclusion et perspectives

Depuis maintenant presque quatre décennies, la recherche scientifique a mis en évidence la nécessité de reconsidérer les facteurs déterminants l'état de santé de la population. En dépit de la faible réactivité de l'acteur public en matière de réallocation des budgets publics, il est désormais acquis que le secteur des soins, à lui tout seul, n'apporte qu'une contribution marginale à l'état général de santé de la population. Cela est tout particulièrement vrai dans les pays où l'accès à des soins de qualité est garanti à la majorité de la population. Partant, la santé se définit désormais par rapport à sa dimension multifactorielle, les principaux facteurs explicatifs se trouvant à l'extérieur du domaine sanitaire. En ce sens, cette nouvelle perspective constitue bien un changement paradigmatique, même si son opérationnalisation dans les politiques publiques est lente et complexe.

Les modèles conceptuels inspirés de ce nouveau paradigme ont eu pour ambition de proposer un cadre cohérent aux déterminants de la santé, à travers la définition des nouvelles articulations, et la mise en lumière des liens de causalité pour remonter aux "causes des causes" (Marmot, 2006) d'un état de santé donné. Au gré des avancées de la recherche, mais également du contexte politique et socio-économique, l'attention est passée des facteurs individuels aux facteurs structurels, et des déterminants de l'état de santé à ceux des inégalités de santé.

Certains de ces modèles ont fait l'objet d'efforts de pondération, visant principalement à établir une hiérarchie parmi les facteurs explicatifs, et offrant une validation empirique des cadres conceptuels. Au-delà des critiques méthodologiques et conceptuelles qui ont pu être faites à ces analyses empiriques, toutes ces dernières offrent, par leurs résultats, un levier d'action théorique pour réorganiser les politiques publiques (principalement, mais non exclusivement, autres que celles du secteur sanitaire) dans le sens d'une plus grande efficacité dans l'amélioration de l'état de santé de la population.

Aujourd'hui, malgré la cohabitation de différents modèles, l'approche par les déterminants des inégalités (ou inéquités) de santé constitue la référence principale dans le domaine de la sociologie épidémiologique. Sa pertinence est confirmée par le volume très important de données empiriques produites depuis une trentaine d'années. Aussi, il a été validé par plusieurs études qui se sont intéressées à la question de la pondération des déterminants.

A la lumière de ces considérations, son adoption en tant que cadre de référence pour la Suisse, moyennant les nécessaires adaptations, nous paraît se justifier.

En vue de poursuivre cette recherche par une deuxième étape, deux aspects doivent être pris en compte :

- *L'éventuel choix du modèle CDSS en tant que modèle pour la Suisse, présuppose de considérer les tenants et les aboutissants de ce référentiel. En particulier, l'accent que ce modèle met sur les facteurs structurels, implique qu'une action efficace pour réduire les inégalités de santé passe par la possibilité d'agir sur eux. Un tel choix renvoie fortement aux mécanismes fondamentaux de régulation économique et de distribution de la richesse choisis par l'Etat. **Dans ce cadre, la décision quant au choix de ce modèle est en premier lieu de nature politique.***
- *L'opérationnalisation du modèle retenu par le biais d'une pondération des déterminants des inégalités de santé présuppose de disposer d'une approche méthodologique extrêmement solide et des données statistiques pour alimenter correctement le modèle. Au niveau de la méthode, l'approche initiée par Stronks et al. (1996) et reproduite dans différentes études successifs, notamment dans un affinement de la méthode par Giesecke et Müters (2009), présente les critères de robustesse scientifique exigés pour un tel exercice. Au niveau des données, le premier inventaire de données établis à partir de l'Enquête suisse sur la santé, offre une large couverture au niveau des pathologies et des facteurs comportementaux. La couverture des facteurs structurels n'est, quand à elle, que partiellement satisfaisante. Il y a donc lieu de vérifier la possibilité de combiner les données de l'ESS avec d'autres données couvrant plus amplement le domaine des facteurs structurels, et, à défaut d'en trouver, déterminer si sur la base des données à disposition, le travail de pondération peut tout de même être envisagé. **Dans ce cadre, la décision quant à la réalisation d'une pondération des déterminants des inégalités de santé en Suisse est de nature scientifique.***

6. Bibliographie

Babitsch B. (2005). *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*, Bern, Verlag Hans Huber.

Babitsch B. (2009). "Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit" in Richter, M., Hurrelmann K., (Ed) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 283-299.

Black D. et al. (1980). *Report of the working group on inequalities in health*. London, Stationery office.

Commission des déterminants sociaux de la santé (2009). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé.

Dahlgren, G. and M. Whitehead (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Stockholm, Institute of Futures Studies.

Davies A. et al. (2006). *Migration: a social determinant of the health of migrants*. Background Paper. Geneva, IOM Migration Health Department.

Dever, G. E. A. (1976). "An epidemiological model for health policy analysis." *Social Indicators Research* 2(4): 453-466.

Ecob R. et al. (1999). "Income and health. What is the nature of the relationship?" *Social science and medicine* 48:693-705.

Evans R., Stoddart G. (1990), „Producing health, consuming healthcare“. *Social science and medicine* 31(12):1347-1363.

Evans R., Stoddart G. (1990), „Produire de la santé, consommer des soins“ in Evans R. et al. (éd.) (2006). *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montreal, Les Presses universitaires de Montréal, pp. 37-73.

Evans T. et al. (eds) (2001). *Challenging inequities in health*. New York, Oxford university press.

Fielding J., Halfon N. (1994). "Where is the health in health system reform". *JAMA* 272(16):1292-1296.

Giesecke, J., Müters S. (2006). "Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile." in Richter, M., Hurrelmann K., (Ed) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 353-366.

Graham H. (2001). "Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings". *Milbank quarterly* 82 (1):101-124.

Gunning-Schepers L., Hagen J.H. (1987). "Avoidable burden of illness: how much can prevention contribute to health?". *Social science and medicine* **24**(11):945-951.

Hancock T. (1986). "Lalonde and Beyond: Looking Back at "A New Perspective on the Health of Canadians". *Health Promotion International*, **1** (1): 93-100.

Hertzman C. et al. (2006). "L'hétérogénéité de l'état de santé et les déterminants de la santé des populations". in Evans R. et al. (éd.) (2006). *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montreal, Les Presses universitaires de Montréal, pp. 77-101.

Illich I. (1976). *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York, Pantheon.

Iyer A. et al. (2007). *The intersections of gender and class in health status and health care*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the CSSH, Geneva, WHO.

Kawachi I., Kennedy B.P.(2005). "Socioeconomic determinants of health: health and social cohesion: why care about income inequality?". *BMJ* **314**:1037.

Krieger N.A. (2001). "Theories for social epidemiology in the 21st century: an eco-social perspective". *International journal of epidemiology* **30**:668-677.

Krieger N.A. (2008). "Proximal, distal and the politics of causation: what's level got to do with it?". *Government, Politics and Law* **98**(2):221-230.

Laaksonen M. et al. (2005). "Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health". *Journal of epidemiological community health* **59**:163-169.

Laframboise H. (1973). "Health Policy: breaking it down into more manageable segments". *Journal of the Canadian Medical Association*, February 3.

Lalonde M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des canadiens. Un document de travail*. Ottawa, Gouvernement du Canada.

Lynch J. et al. (2004). "Is income inequality a determinant of population health? Part 2 U.S. national and regional trends in income inequality and age- and cause-specific mortality". *Milbank Quarterly* **82**(2):355-400.

Matthews S. et al. (1999). "Social inequalities in health: are there gender differences?". *Social science and medicine* **48**:49-60.

Marmot M., Wilkinson R.G. (2006). *Social determinants of health*. Oxford university press, Oxford.

McGinnis M., Foege W. (1993). "Actual causes of death in the United States". *JAMA* **270**(18):2207-2211.

McKeown T. (1976). *The modern rise of population*. New York, Academic press Colgrove.

Plateforme suisse pour l'évaluation d'impact sur la santé (éd.) (2010). *Guide d'introduction à l'évaluation d'impact sur la santé*. Genève, Plateforme EIS.

Raphael D. (2006). "Social determinants of health: present status, unanswered questions and future directions". *International journal of health services* **36**(4):651-677.

Raphael D. (ed.) (2004). *Social determinants of health: canadian perspectives*. Canadian scholars' press, Toronto.

Richter M., Mielck A. (2000). "Strukturelle und verhaltensbezogene Determinantes gesundheitlicher Ungleichheit". *ZfG* **8**:198-215.

Ross N. et al. (2000). "Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectoral assessment using census data and vital statistics". *BMJ* **320**:898-902.

Sen A. et al. (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how can we change it*. Final report to the WHO Commission on Social determinants of health, Geneva, WHO.

Schenk L. (2006). "Migration und Gesundheit. Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien". *International Journal of Public Health* **52**(2):87-96

Schrijvers C.T.M. et al. (1999). "Explaining educational differences in mortality: the role of behavioural and material factors". *American journal of public health* **89**:535-540.

Solar O., Irwin A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper, WHO's Commission on social determinants of health.

Stronks K., et al. (1996). "Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis". *Sociology of health & illness* **18**: 653-674.

Van Lenthe F.J. et al. (2002). "Material and behavioural factors in the explanation of educational differences in incidence of acute myocardial infarction: the Globe study". *Annals of epidemiology* **12**:535-542.

Wilkinson R.G., Marmot M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Whitehead M. (1990). *The concept and principles of equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Whitehead M. (2005): "Reflections on a rainbow", *Dahlgren and Whitehead and beyond*. Conference, Cardiff, 21st April 2005.