

Changements sociaux et trajectoires de santé: pour une approche dynamique des déterminants sociaux de la santé

Claudine Burton-Jeangros^a

^a Département de sociologie, Université de Genève et NCCR-LIVES, Suisse

En dépit de l'amélioration générale de l'état de santé de la population, les inégalités sociales face à la santé persistent selon un gradient social qui semble traverser toutes les sociétés. Plusieurs modèles théoriques ont été convoqués pour tenter de comprendre les mécanismes par lesquels un large ensemble de déterminants sociaux façonne l'état de santé des individus [1]. Pour éclairer le constat récent d'un accroissement de ces inégalités, j'aimerais mettre en avant la contribution de la perspective du parcours de vie, laquelle introduit une composante dynamique dans l'étude des déterminants sociaux de la santé. L'approche du parcours de vie a été élaborée à l'intersection de plusieurs disciplines intéressées par l'étude du développement individuel dans son contexte social [2]. Elle met en avant l'imbrication existant entre la temporalité individuelle (développement et vieillissement à l'échelle individuelle) et la temporalité sociale (transformations des conditions de vie entre générations).

La temporalité individuelle suggère un déclin progressif de l'état de santé avec l'avancée en âge. Toutefois, les études sur les inégalités sociales face à la santé indiquent que ces mécanismes ne sont pas homogènes au sein de la population, comme l'illustrent par exemple les écarts dans l'espérance de vie en bonne santé des ouvriers et des cadres [3] ou le vieillissement accéléré des personnes vivant dans la rue [4]. La perspective dynamique du parcours de vie y ajoute l'idée que les déterminants sociaux de la santé doivent être envisagés en fonction de leur ancrage dans des périodes socio-historiques spécifiques. Ainsi, il s'agit de comparer les trajectoires de santé de cohortes successives qui vieillissent dans des contextes socio-économiques contrastés [5]. J'aimerais ici illustrer l'importance de cette double dimension temporelle dans l'étude des déterminants sociaux de la santé autour des cinq principes qui guident les études du parcours de vie [2].

Le premier principe met l'accent sur le fait que le développement individuel est un processus se déroulant tout au long de la vie. Les travaux sur la «programmation in utero» ont ainsi révélé les liens existant entre de mauvaises conditions de développement du fœtus durant la grossesse, associées à une situation sociale défavorable de la femme enceinte, et des risques accrus de maladies chroniques à l'âge adulte. L'épidémiologie du parcours de vie a prolongé cette idée en examinant

l'articulation entre facteurs sociaux et facteurs biologiques tout au long du parcours de vie et son impact sur l'état de santé individuel [6]. Cette approche dynamique des trajectoires a également été éclairée par le modèle théorique du cumul des (dés-)avantages [7] qui suggère la divergence croissante, au cours du processus de vieillissement, entre les groupes sociaux les plus favorisées et ceux qui le sont le moins.

Le deuxième principe énonce que les parcours des individus doivent être considérés dans leur ancrage spatio-temporel. L'importance de la dimension spatiale en matière d'inégalités face à la santé est clairement mise en évidence par les écarts de santé entre les pays riches et les pays pauvres, mais aussi entre les régions au sein d'un même pays montrant des écarts parfois importants dans les chances de bonne santé entre quartiers riches et quartiers défavorisés (voir par exemple [8]). La dimension temporelle renvoie quant à elle aux différences dans l'état de santé entre cohortes successives qui vieillissent dans des conditions socio-économiques spécifiques. Aujourd'hui dans nos pays, celles et ceux qui entrent dans la vieillesse ont non seulement une espérance de vie plus élevée que celle de la génération de leurs parents, mais aussi entrent dans cette phase de leur vie dans des conditions sociales et économiques plus favorables. Toutefois, la polarisation des inégalités socio-économiques depuis la fin des années 1970 succède à l'amélioration continue des conditions de vie au cours de la période des trente glorieuses (1945–1975) et vient péjorer le destin des nouvelles générations [9]. De ce fait, on peut s'attendre à ce que les inégalités face à la santé au sein des cohortes qui arriveront à la retraite en 2040 seront plus marquées.

Le troisième principe renvoie aux transitions de vie ou événements biographiques que les individus rencontrent au cours de leur trajectoire de vie. Si certains de ces événements sont attendus, d'autres le sont moins et peuvent représenter des ruptures venant affecter la santé physique ou mentale de ceux qui en sont affectés. A cet égard, l'incertitude et l'instabilité croissante des trajectoires familiales (que l'on pense aux taux de divorces) et des trajectoires professionnelles (instabilité des parcours, croissance du chômage) laissent supposer qu'aujourd'hui les individus font régulièrement face à des transitions qui les rendent vulnérables tant sur le plan social que sur le plan bio-

logique. S'y ajoutent les difficultés rencontrées par les régimes de protection sociale qui désormais peinent à modérer les effets de ces diverses formes de vulnérabilité [10].

Le quatrième principe souligne l'interdépendance des trajectoires de vie entre proches, ce qui invite à considérer que les fluctuations de l'état de santé individuel ne résultent pas que de déterminants individuels mais également des transitions et difficultés rencontrées par les membres du réseau familial ou social. Ainsi, le chômage du conjoint, la maladie d'un proche âgé ou d'un enfant peuvent venir fragiliser la santé. A cet égard, la problématique des proches aidants, renforcée par le report de la prise en charge des maladies chroniques dans la sphère privée, doit donc également être pensée comme un déterminant de la santé, en particulier pour les femmes qui s'occupent de leurs proches [11].

Enfin, le dernier principe met en perspective la tension existant entre les opportunités ou capacités à agir des individus et les contraintes liées à leur contexte de vie. Si la promotion de la santé vise à renforcer les compétences individuelles en vue de réduire les comportements de santé à risques, le potentiel des actions de santé publique à exacerber les inégalités entre groupes sociaux, en raison d'une adoption différentielle des normes, est aujourd'hui débattu. On peut également ajouter les risques de stigmatisation sociale envers ceux qui ne suivent pas les normes dominantes de la bonne santé, induits par les interventions centrées sur les comportements individuels [12]. Dans ce cadre, on peut donc se réjouir du renforcement des études mettant en évidence l'importance des déterminants structurels de la santé (expositions professionnelles aux risques, facteurs de risques environnementaux, par exemple) [13].

En conclusion, cette perspective interdisciplinaire du parcours de vie amène à examiner comment facteurs biologiques et facteurs sociaux évoluent au fil du temps, tant à l'échelle individuelle que sur le plan collectif, conduisant ainsi à des trajectoires de santé marquées par des déterminants sociaux eux-mêmes en constante recomposition. Pour avancer dans cette approche dynamique, il est nécessaire de disposer de données lon-

gitudinales, tant quantitatives que qualitatives, permettant de suivre les individus au fil du temps, dans leurs parcours sociaux et de santé. Un tel programme de recherche est susceptible de contribuer à la formulation de politiques publiques adressant les inégalités sociales face à la santé pour les générations à venir.

Correspondance

Claudine Burton-Jeangros, Prof.
 Département de sociologie
 Université de Genève
 Bd du Pont-d'Arve 40
 CH-1211 Genève 4

E-mail: claudine.jeangros[at]unige.ch

Références

1. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*. 2012;75(4):761-9.
2. Sapin M, Spini D, Widmer E. *Les Parcours de vie de l'adolescence au grand âge*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes; 2014.
3. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. La «double peine» des ouvriers: plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Populations et Sociétés*. 2008;(441).
4. Jackson Y, Willemin T, Bodenmann P. Santé et soins des personnes sans abri. *Revue Médicale Suisse*. 2016;(12):1671-5.
5. Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A, Blane D. *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions*. Heidelberg, New York: Springer; 2015.
6. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(10):778-83.
7. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *Journal of Gerontology*. 2003;58B(6):S327-37.
8. Joost S, Duruz S, Marques-Vidal P, Bochud M, Stringhini S, Paccaud F, Guessous I. Persistent spatial clusters of high body mass index in a Swiss urban population as revealed by the 5-year GeoCoLaus longitudinal study. *BMJ Open*. 2016;6(1).
9. Chauvel L. *Le Destin des générations: structure sociale et cohortes en France au XX^e siècle (2^e éd)*. Paris: Presses Universitaires de France; 2002.
10. Ranci C. *Social Vulnerability in Europe: the New Configuration of Social Risks*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
11. Haberkern K, Schmid T, Szydlik M. Gender differences in inter-generational care in European welfare states. *Ageing and Society*. 2015;35(02):298-320.
12. Hatzenbuehler ML, Phelan, JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*. 2013;103(5):813-21.
13. Ciccolella A. *Toxique planète le scandale invisible des maladies chroniques*. Paris: Seuil; 2013.