Michel Grignon et Florence Jusot ont récemment proposé un commentaire sur notre article « Evolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Etude en fonction du niveau d'études par cause de décès » (1, 2). Il est toujours intéressant de confronter le point de vue de différentes disciplines ayant le même sujet d'étude, ici économie et épidémiologie. Nous souhaiterions toutefois discuter certains points développés dans leur commentaire.

Tout d'abord, M Grignon et F Jusot critiquent la présentation de risques relatifs appliqués à des catégories de diplôme pour différentes périodes, considérant qu' « ils sont dénués de toute signification » en raison de l'évolution de la distribution du niveau d'études au sein de la population au cours de la période de suivi. Nous sommes d'accord avec le fait que les risques relatifs ne permettent pas de conclure à une hausse des inégalités sociales de mortalité, et ce pour les raisons mentionnées dans le commentaire. C'est bien pour cela que nous avons calculé des indices relatifs d'inégalités, qui possèdent, comme le notent M Grignon et F Jusot, les propriétés nécessaires pour étudier l'évolution temporelle des inégalités sociales. Cependant, s'il est vrai que les risques relatifs ne doivent en effet pas être comparés entre périodes, ils ont bien du sens au sein de chaque période et permettent de quantifier les inégalités sociales de façon simple et claire, contrairement aux indices relatifs d'inégalités dont l'interprétation est plus complexe. Ainsi le risque de mortalité est 2.27 fois plus élevé parmi les hommes sans diplôme que chez les hommes diplômés du baccalauréat ou plus sur la période 1990-1996.

Les aspects en lien avec la survenue des maladies puis ceux associés au recours aux soins sont deux dimensions essentielles à prendre en compte dans l'étude des inégalités sociales de santé. Si M Grignon et F Jusot insistent sur le rôle du recours aux soins, ils n'évoquent pas

celui des facteurs de risque, comme les comportements de santé ou les expositions environnementales. Ces aspects ne doivent cependant pas être négligés car il est possible de réduire les inégalités sociales de santé en agissant sur les facteurs de risque. Ainsi, des politiques de baisse de la consommation de tabac, axées spécifiquement vers les personnes ayant une situation sociale défavorisée, permettrait de réduire à la fois les taux d'incidence et les inégalités sociales pour de nombreuses pathologies, comme les maladies cardiovasculaires ou les cancers. Par ailleurs, agir sur les facteurs en lien avec la survenue des maladies est probablement pour certaines pathologies le seul moyen de lutter contre les inégalités sociales de santé, le système de soins jouant un rôle mineur. C'est le cas par exemple du cancer du poumon, première cause de mortalité par cancer chez les hommes en France (3), dont le pronostic est particulièrement sombre (taux de survie autour de 10% à 5 ans) (4).

Le choix de l'indicateur de santé mérite aussi d'être discuté. Les différentes dimensions de la santé ne sont pas équivalentes, et considérer tel indicateur de santé ou tel autre n'est pas sans conséquence dans l'étude des inégalités sociales de santé, principalement car les mécanismes en jeu dans la survenue et la persistance des problèmes de santé diffèrent selon la pathologie. En particulier, M Grignon et F Jusot évoquent la possibilité de travailler sur la santé auto-évaluée. Si cet indicateur est un bon prédicteur de la mortalité, il a toutefois été montré que l'association entre mortalité et santé auto-évaluée variait selon la position sociale des individus. Les résultats à ce sujet sont contradictoires et demandent à être complétés, le pouvoir prédicteur de la santé auto-évaluée pour la mortalité étant meilleur pour les personnes ayant une situation sociale élevée ou faible selon les études (5). L'utilisation de la santé auto-évaluée dans les études portant sur les inégalités sociales de santé doit donc se faire avec la plus grande prudence.

Enfin, un point de discussion très important nous semble être celui relatif à la définition de la position sociale. Dans le commentaire, les auteurs admettent que c'est une notion difficile à définir et concluent que le revenu est l'indicateur le mieux adapté pour l'étude de l'évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité. Ils déclinent ensuite leur argumentaire en distinguant position sociale, qui serait synonyme de revenu, et niveau d'études ; et développent leur discours autour du triptique position sociale-niveau d'études-santé. Nous ne partageons pas cette analyse, en particulier cette opposition entre position sociale et niveau d'études.

La position sociale est une notion complexe. La littérature épidémiologique se base entre autres sur la définition de Weber (6) qui identifie trois dimensions : les ressources économiques et la richesse matérielle ; le statut social, représentant le prestige ou la place dans la communauté ; et le pouvoir politique. De nombreux indicateurs permettent de caractériser la position sociale. Il n'existe pas d'indicateur parfait, chaque indicateur permettant de rendre compte de certaines dimensions de la position sociale, mais aucun ne permettant d'appréhender toute la complexité de cette notion (7-10). Les indicateurs les plus fréquemment utilisés sont le niveau d'études, le revenu ou la catégorie socioprofessionnelle, tous les trois étant considérés par les épidémiologistes comme de bons indicateurs de la position sociale des individus. Il nous semble par ailleurs impossible de déterminer de façon universelle l'indicateur de situation sociale le plus pertinent. Le choix final ne doit pas tenir compte uniquement des aspects de faisabilité ; la dimension de santé considérée est aussi à prendre en compte. Il peut en particulier être légitime de considérer une position sociale « en amont », et non pas au moment de la maladie, à la fois pour éviter des problèmes liés à la sélection par la santé – la situation sociale au moment de la maladie pouvant être en partie liée à la maladie elle-même – mais aussi parce que c'est parfois la mesure la plus pertinente. Par

exemple, un rôle indépendant et majeur du niveau d'études a été suggéré dans la survenue de la maladie d'Alzheimer (11, 12). A ce titre, le niveau d'études peut être plus adapté que la catégorie socioprofessionnelle ou le revenu au moment de la maladie. En conclusion, pour les épidémiologistes, il existe plusieurs indicateurs de position sociale, et il est important, voire indispensable, de caractériser les différences sociales de mortalité à l'aide de ces différents indicateurs pour mieux cerner ce problème complexe des inégalités sociales de santé et mieux en comprendre les mécanismes.

Au contraire, dans leur commentaire, M Grignon et F Jusot font une distinction entre position sociale et niveau d'études. Ils semblent être en mesure de définir « la » position sociale à l'aide d'un seul indicateur, le revenu. Le statut du diplôme par rapport à cette position sociale n'est pas totalement clair pour nous. Cette démarche semble toutefois laisser supposer qu'il existerait une sorte de hiérarchie entre les différents indicateurs de position sociale, certains étant meilleurs que d'autres pour rendre compte de cette notion. Comme expliqué précédemment, une telle approche est contraire aux concepts développés dans la littérature épidémiologique sur la mesure de la situation sociale (7-10.)

L'épidémiologie et l'économie sont deux disciplines qui peuvent aborder un objet de recherche commun, ici les inégalités sociales de santé, avec des problématiques différentes. Mais il ne faut probablement pas donner trop de poids aux différences, car des approches similaires existent aussi. Ainsi, des travaux épidémiologiques se sont récemment intéressés au rendement direct du niveau d'études sur la santé, le rendement étant un concept économique (13). Il serait profitable à tous de mieux connaître la littérature issue de l'autre discipline, pour avoir un débat le plus constructif possible.

References

1. Menvielle G, Chastang JF, Luce D, Leclerc A. [Changing social disparities and mortality in France (1968-1996): cause of death analysis by educational level]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2007 Apr;55(2):97-105.
2. Grignon M, Jusot F. [Commentary on G. Menvielle et al. "Changing social disparities and mortality in France (1968-1996): cause of death analysis by educational level", RESP 2007;55:97-105.]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun 6.
3. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun 9.
4. Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A, et al. EUROCARE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. Ann Oncol. 2003;14 Suppl 5:v128-v49.
5. Quesnel-Vallee A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health? Int J Epidemiol. 2007 Dec;36(6):1161-4.
6. Weber M. Class, status and party. In: Gerth H, Mills C, editors. From Max Weber: assays in sociology. New York, NY: Oxford University Press; 1946. p. pp 180-95.
7. Ribet C, Melchior M, Lang T, Zins M, Goldberg M, Leclerc A. Characterisation and measurement of social position in epidemiologic studies. [Caracterisation et mesure de la situation sociale dans les etudes epidemiologiques.]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2007 Aug;55(4):285-95.
8. Berkman LF, Macintyre S. The measurement of social class in health studies:old measures and new formulations. IARC Sci Publ. 1997;138:51-64.
9. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). J Epidemiol Community Health. 2006 Jan;60(1):7-12.
10. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 2). J Epidemiol Community Health. 2006 Feb;60(2):95-101.
11. Karp A, Kareholt I, Qiu C, Bellander T, Winblad B, Fratiglioni L. Relation of education and occupation-based socioeconomic status to incident Alzheimer's disease. Am J Epidemiol. 2004 Jan 15;159(2):175-83.
12. Helmer C, Letenneur L, Rouch I, et al. Occupation during life and risk of dementia in French elderly community residents. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001 Sep;71(3):303-9.
13. Glymour MM, Kawachi I, Jencks CS, Berkman LF. Does childhood schooling affect old age memory or mental status? Using state schooling laws as natural experiments. J Epidemiol Community Health. 2008 Jun;62(6):532-7.