

Le rôle de la position sociale sur la santé

POURQUOI LA POSITION SOCIALE EST IMPORTANTE À CONSIDÉRER DANS L'ÉTAT DE SANTÉ D'UNE POPULATION ET COMMENT LA MESURER DANS LES TRAVAUX DE SANTÉ PUBLIQUE ?

SOMMAIRE

2 INTRODUCTION

3 DONNÉES DE CADRAGE : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ

6 ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE : POURQUOI S'INTÉRESSER À LA POSITION SOCIALE ET PAS SEULEMENT À LA POSITION SOCIOÉCONOMIQUE DANS LES TRAVAUX DE SANTÉ PUBLIQUE ?

6 La nécessité d'une approche plus intégrée

7 La pertinence de l'approche éco-sociale pour
une vision systémique

8 EN PRATIQUE : QUELLE(S) QUESTION(S) POSER DANS LES ENQUÊTES ?

8 Sexe et genre

8 Origine migratoire

9 Pays de naissance

9 Nationalité à la naissance et au moment
de l'enquête

9 Origines des ascendants

10 Éducation

10 Diplôme le plus élevé

11 Situation professionnelle

12 Situation vis-à-vis du travail

12 Profession (selon la PCS2020)

13 Situation vis-à-vis du travail du conjoint
ou partenaire dans le ménage

14 Ressources financières

14 Revenus

14 Situation financière perçue

15 Composition familiale

15 PERSPECTIVES

POINTS CLÉS

- Les inégalités sociales de santé sont des différences systématiques de l'état de santé entre les groupes de population, qui sont socialement construites : elles peuvent se déconstruire et sont par-là modifiables.
- Les inégalités sociales de santé ne concernent pas seulement les populations en situation de précarité socioéconomique mais toute la société : l'état de santé d'une personne dépend de la position qu'elle occupe dans la hiérarchie sociale.
- Cette position appelée position sociale se caractérise par différentes dimensions et identités sociales de genre, d'origine migratoire et de position socioéconomique (niveau d'éducation, catégorie socioprofessionnelle, ressources financières) et ne peut se résumer à une seule dimension : c'est souvent l'interaction de ces dimensions qui est la plus significative en termes d'impact en santé.
- En France, les inégalités sociales de santé peinent à prendre en compte les autres dimensions comme l'origine migratoire et le genre en sus de la position socioéconomique (éducation, revenu, situation professionnelle), qui elle-même reste sous étudiée en lien avec la santé.
- Santé publique France a systématisé la collecte de la position sociale dans ses études pour une meilleure visibilité de leur impact en santé publique : les résultats dans les grandes enquêtes de santé sont désormais systématiquement analysables au regard de la position sociale.

INTRODUCTION

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont considérées comme des différences systématiques de l'état de santé entre les groupes de population. Elles relèvent des déterminants sociaux de la santé, définis comme les « conditions de vie dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (1,2). Ces inégalités étant socialement construites, elles peuvent se déconstruire et sont par-là modifiables. Ce travail introduit une collection de synthèses sur les déterminants sociaux de la santé, élaborées par des groupes de travail transversaux à Santé publique France qui a inscrit les inégalités sociales de santé (ISS) comme un enjeu transversal prioritaire de son action.

Les inégalités sociales de santé ne concernent pas seulement les populations en situation de grande précarité socioéconomique. Ces inégalités touchent l'ensemble de l'organisation sociale. Pour mesurer correctement les ISS, il est donc nécessaire de comprendre le rôle que joue la position sociale sur l'état de santé de la population et de pouvoir l'objectiver. La position sociale est la position relative qu'occupe une personne dans la hiérarchie d'une société par rapport aux autres membres de la communauté (3). Elle se caractérise par différentes dimensions et identités sociales, principalement de genre, d'origine et de niveau socioéconomique. La hiérarchie au sein de ces identités varie selon les contextes géographiques, culturels et historiques mais aussi au cours du temps

selon l'évolution des normes sociales et des changements économiques. La position sociale a des répercussions sur la façon dont une personne est (in)visibilisée, perçue, représentée et acceptée au sein de cette société. Elle influence son accès aux différentes ressources – y compris aux services de santé – et de façon plus globale ses conditions et son expérience de vie.

La position sociale d'un individu est une notion multifactorielle, qui recouvre *a minima* le sexe et le genre, l'origine migratoire, ainsi que l'éducation, la situation professionnelle et les revenus. La position sociale d'une personne ne peut donc pas se résumer à un seul indicateur, et les différentes dimensions qui la caractérisent interagissent, sans toutefois être entièrement corrélées entre elles : les unes ne peuvent donc pas se substituer simplement aux autres. Le plus souvent, c'est bien l'interaction de ces dimensions qui est la plus significative en termes de santé publique (4) : à titre illustratif, la mortalité infantile en France est désormais supérieure à la moyenne européenne et ce constat questionne le potentiel rôle des inégalités sociales, à la fois socioéconomiques, de genre et d'origine dans cette évolution (5). Au cours de la vie de chaque individu, certaines des dimensions de la position sociale, comme le sexe ou le niveau d'éducation peuvent être considérées comme relativement stables dans le temps, voire fixes (comme l'origine migratoire), alors que d'autres, comme la situation professionnelle et le revenu renvoient à une dimension plus évolutive au fil du temps, et peuvent faire l'objet d'analyses dynamiques quant à la mobilité et/ou le déclassement social.

Cette note introductive a pour objectif de sensibiliser à l'importance de la prise en compte de ces différentes dimensions de la position sociale pour une meilleure mesure et compréhension des ISS ; en aidant à mettre à disposition les indicateurs essentiels permettant de la documenter (sexe et genre, origine, éducation, situation professionnelle et revenus). Elle propose une introduction globale aux différents déterminants sociaux – qui seront ultérieurement détaillés dans des synthèses thématiques *ad hoc* pour mieux prendre en compte la position sociale dans des travaux de santé publique, que ce soit lors d'investigations, d'enquêtes en santé ou à partir des données issues de systèmes de surveillance épidémiologique ainsi que de saisir en quoi cela permet d'interroger plus globalement les conditions de vie et *in fine* la santé des populations.

Cette note introductive est structurée en quatre parties :

1. **Données de cadrage** : principales définitions et éléments de cadrage (modèle théorique de l'OMS des déterminants sociaux de la santé) puis présentation plus détaillée des principaux déterminants sociaux de santé.
2. **Argumentaire scientifique** : cette partie revient sur l'importance de la position sociale en santé et détaille les raisons pour lesquelles il est nécessaire de la prendre en compte.
3. **En pratique** : la troisième partie est d'ordre pratique et présente les questions les plus fréquemment posées dans les enquêtes (ex : enquêtes nationales de la statistique publique, systèmes de surveillance, etc.).
4. **Perspectives** : la quatrième partie présente des éléments de discussion sur la capacité à interroger et analyser la position sociale pour mieux appréhender les inégalités sociales de santé.

DONNÉES DE CADRAGE : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ

Les inégalités sociales de santé sont observées dans de nombreuses pathologies, chroniques comme infectieuses, et résultent d'une inégalité dans la distribution des déterminants sociaux. Ces derniers désignent les facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux qui influent et façonnent les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent (voir plus haut). En 2008, la

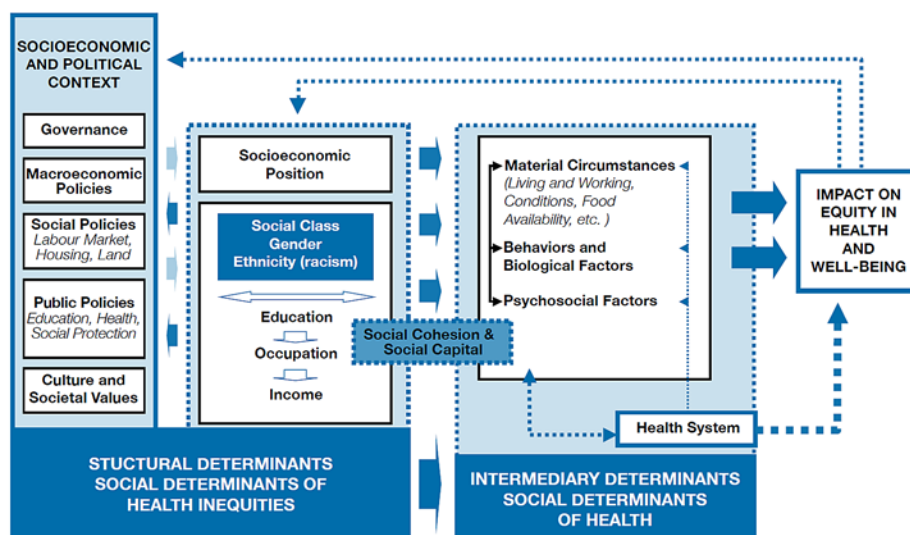
Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie un modèle théorique montrant comment les contextes politiques et socioéconomiques participent à la construction des inégalités sociales de santé (6). Selon ce modèle, les « **déterminants sociaux de la santé** » sont classés en déterminants structurels (y compris les déterminants environnementaux au sens large) et intermédiaires. Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé, et ce tout au long de la vie (figure 1).

Les déterminants dits « structurels » renvoient aux structures politiques, juridiques, économiques et sociales d'un pays. Ces déterminants relèvent de la portée des valeurs, croyances, visions du monde, culture et normes d'un pays donné ainsi que de la gouvernance ; des lois, politiques, règlements et budgets ou encore des pratiques institutionnelles (7). Les **déterminants structurels** agissent sur la santé des individus (ou populations) par le biais de déterminants intermédiaires. Les **déterminants dits « intermédiaires »** sont les conséquences des déterminants structurels. Parmi eux, il y a les conditions de vie matérielles (telles que les conditions de logement et de travail, etc.), les comportements de santé (tels que la consommation de substances psychoactives, dont l'alcool et le tabac, l'alimentation, la vie affective et sexuelle, l'activité physique, etc.) mais aussi d'autres facteurs comme les facteurs biologiques (hérédité, hormones, etc.) et les facteurs psychosociaux (stress, absence de soutien social, etc.).

Les déterminants environnementaux de la santé au sens large comprennent les facteurs physiques, chimiques et biologiques externes à une personne (qualité de l'eau, de l'air et des sols) ainsi que les conditions de vie et l'environnement social (qualité du logement, de l'habitat, de l'alimentation). Ces déterminants peuvent exposer la population à des contaminants chimiques, comme les pesticides, des métaux lourds (plomb, mercure, arsenic), des phtalates, des nanoparticules, des retardateurs de flamme, et de nombreux autres polluants retrouvés de façon ubiquitaire dans l'environnement. En raison du dérèglement climatique, les populations peuvent être exposées aux températures extrêmes, aux méga feux, aux inondations ; ainsi qu'à des pathogènes émergents, etc...

Les inégalités environnementales de santé sont étroitement liées aux dimensions territoriales et sociales, selon deux processus intimement intriqués : des inégalités d'exposition – liées aux disparités de répartition géographique des nuisances environnementales – qui se

FIGURE 1 | Cadre conceptuel pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé (8)



cumulent au cours de la vie ; et des inégalités de vulnérabilité – liées à des comorbidités ou des comportements défavorables à la santé ou relatives à des périodes sensibles de la vie (âges extrêmes, grossesse). Les menaces environnementales sont liées avec les conditions sociales et les modes de vie des individus : il est ainsi désormais admis que les populations socioéconomiques défavorisées supportent un fardeau disproportionné de ces menaces environnementales.

Ci-dessous, une liste non exhaustive des principaux déterminants sociaux de la santé.

Les déterminants structurels de la santé produisent (ou se traduisent par) des inégalités qui s'expriment (ou s'observent) principalement selon :

- **L'âge** : c'est un déterminant classiquement pris en compte dans les analyses de santé, c'est également un déterminant social, qui peut être différent d'un groupe social à l'autre et qui peut se modifier, notamment avec les transformations et les évolutions sociétales (entrée dans la vie active, âge de la retraite, proportion et qualité de vie des personnes âgées).
- **L'éducation** : En tant que source de capital humain, le niveau d'instruction influence largement la trajectoire professionnelle et financière ultérieure. Un niveau d'instruction élevé est souvent associé à une meilleure situation sociale, favorisant l'accès à de meilleures conditions de vie et de services y compris ceux de santé. Bon prédicteur de la morbidité et de la mortalité, le niveau d'instruction présente des associations fortes avec la santé et les comportements à risque *via* des mécanismes sous-jacents complexes et multiples. Le niveau d'instruction est également étroitement lié aux autres déterminants sociaux et il est conditionné en partie par la position sociale des parents (plus spécifiquement celle de la mère) (9,10). Le niveau d'instruction est utilisé comme une approximation et un reflet des ressources cognitives et intellectuelles d'un individu. Il permet d'être plus réceptif aux messages d'informations et de promotion de santé, de pouvoir/vouloir intégrer plus facilement les normes médicales ; d'avoir potentiellement plus de capacité de pouvoir contrôler partiellement sa santé – du moins par les comportements, et d'avoir un accès plus facile aux services de santé.
- **La situation professionnelle** : Elle comprend la situation vis-à-vis de l'emploi et la profession en cours (ou pour les personnes sans emploi et les retraités, la dernière profession occupée). En France, la classification de référence est, depuis 1982, celle des « professions et catégories sociales » (PCS) de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques). Les groupes socioprofessionnels fournissent un cadre de référence usuel pour décrire les emplois et contextualiser les situations sociales et les comportements des individus et des ménages (11). Ils ne constituent pas pour autant des groupes sociaux homogènes. En effet, les revenus étant hétérogènes et divers au sein d'un même groupe, le groupe

socioprofessionnel seul n'apporte que des renseignements limités sur les ressources financières de l'individu. Par ailleurs, il existe, des professions et des secteurs d'activité qui sont très différents chez les hommes et les femmes et qui engendrent également des disparités salariales selon le genre. La situation professionnelle, considérée isolément, ne rend pas compte de ces disparités sans intégrer la dimension du genre (12). Il est clair que même si l'on ne peut prétendre décrire l'ensemble des inégalités uniquement à travers ces catégories, elles restent néanmoins une dimension majeure de la hiérarchie sociale, dont l'analyse, en interaction avec d'autres formes d'inégalités, est incontournable (13). La situation professionnelle peut avoir plusieurs conséquences sur la santé : directement, *via* les conditions de travail et les expositions professionnelles (physiques, chimiques, mais également psychosociales) et indirectement *via* les ressources qu'elle procure : financières, matérielles mais également en matière de sociabilité ou de statut social et identitaire (14).

- **Les ressources financières :** Les revenus conditionnent l'accès aux biens et aux services qui ont une implication directe ou indirecte sur la santé (alimentation, logement et quartier résidentiels, loisirs, vacances, sorties, garde d'enfants, consommation de substances, accès à l'information et aux médias, assurance complémentaire santé, biens et services de santé, etc.). De meilleures conditions de vie matérielles peuvent ainsi avoir des bénéfices immédiats sur la santé mais aussi des bénéfices cumulés au cours de la vie. Celles-ci ont également une influence sur la position socioéconomique des générations futures. À l'autre extrémité du spectre, les personnes ayant les plus faibles revenus sont plus fréquemment sujettes à un fardeau de « stressseurs » qui s'accumulent au cours du temps. Par ailleurs, une altération de l'état de santé peut entraîner à son tour une perte de revenus, augmenter des dépenses de santé restant à charge, et fragiliser socialement les individus. Le niveau de revenu est un indicateur de statut social : les relations entre revenu et indicateurs de santé sont très souvent retrouvées dans la population générale (15).
- **Le sexe et le genre :** Une analyse différenciée par sexe s'impose aujourd'hui comme une nécessité, tant les inégalités sociales de santé se manifestent de manière distincte, et dans de nombreux domaines, entre les hommes et les femmes. Le sexe se réfère

aux caractéristiques biologiques d'un individu (qui est assigné à la naissance selon les organes anatomiques visibles), tandis que le genre désigne des rôles et identités sociales construits autour de ces caractéristiques (i.e identité de genre). Le genre est au cœur de l'organisation de la vie sociale, tant dans la division sociale du travail que la répartition des tâches domestiques et de parentalité, ou encore les normes de conduite et de comportements. Il constitue ainsi l'un des déterminants majeurs de la santé (16).

- **L'origine migratoire :** Contrairement aux États-Unis ou au Royaume Uni, la France n'interroge pas la dimension ethno-raciale dans les statistiques sanitaires, mais adopte la notion plus restreinte d'origine « migratoire » *via* l'état civil (pays de naissance et nationalité) pour pouvoir identifier les populations immigrées et issues de l'immigration (17). L'origine migratoire permet de faire la part, dans les inégalités sociales observées, entre les origines socio-économiques (liées aux conditions de vie), les appartenances culturelles (lien avec le pays d'origine, traditions, croyances et religions, langues, etc.), celles liées à des phénomènes de discrimination (en relation avec le patronyme, le lieu de résidence, la couleur de peau, etc.) et les conditions de migration elles-mêmes. L'origine migratoire est reconnue de longue date comme un déterminant social de la santé à part entière qui interagit avec les inégalités socio-économiques (18).

Quelques déterminants intermédiaires :

- **Le logement et le quartier :** Il existe des liens clairs entre la santé, la qualité du logement et l'endroit où l'on habite. Les mauvaises conditions du logement exposent à différents agents chimiques, microbiologiques ou physiques, mais aussi à des situations accidentogènes ou psychologiques. La localisation du logement peut également être source de nuisances, de pollutions ou de problèmes d'insécurité ou d'isolement de services de proximité et de soins (19,20).
- **L'accessibilité aux services – dont les services de santé et aux soins :** Cette notion recoupe l'accessibilité physique, financière et l'acceptabilité (qui englobe les facteurs culturels, sociaux et personnels). En France, la couverture universelle des soins et l'assurance maladie constituent un socle essentiel pour évaluer l'accessibilité aux services de santé. Pourtant, malgré cette protection certaines personnes n'ont

pas toujours accès à leurs droits. Cette définition de l'accessibilité dépasse la simple distance géographique et prend en compte les besoins en santé, qui varient considérablement selon les contextes sociaux, démographiques et économiques, et sont sujets à des variations temporelles et spatiales.

- **La composition familiale** : Le statut marital, la vie de couple, le nombre d'enfants, la cohabitation (colocataires, cohabitation intergénérationnelle) ou au contraire le fait de vivre seul ont des incidences sur la santé.
- **Le soutien social** : Ce concept prend en compte le réseau social, les relations sociales et la façon dont les interactions sociales influent sur le bien-être et la santé, que ce soit au niveau émotionnel et affectif, financier ou pratique. Le capital social se définit selon le sociologue Pierre Bourdieu comme « l'ensemble des ressources réelles et potentielles liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées de connaissances et de reconnaissance mutuelles – soit, en d'autres termes, l'appartenance à un groupe ». Ce capital social est reconnu comme ayant une incidence positive sur la santé [21].
- Enfin, d'autres déterminants, comme **l'orientation sexuelle** peuvent également influencer sur la santé, notamment via les discriminations directement liées aux valeurs et aux normes d'une société.

Les ISS sont donc de plusieurs ordres et ne se limitent pas aux inégalités socioéconomiques (inégalités de classe) ou selon le lieu de vie (inégalités territoriales) ; elles concernent aussi les inégalités entre hommes et femmes (inégalités de genre), selon l'origine (inégalités « ethno-raciales »), et selon l'âge (inégalités générationnelles) et reflètent ainsi la réalité multidimensionnelle de la stratification sociale de la société.

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE : POURQUOI S'INTÉRESSER À LA POSITION SOCIALE ET PAS SEULEMENT À LA POSITION SOCIOÉCONOMIQUE DANS LES TRAVAUX DE SANTÉ PUBLIQUE ?

En France, les ISS sont essentiellement étudiées au prisme de la position socioéconomique (éducation, revenu, situation professionnelle) qui renvoie à la forme principale d'inégalités économiques qui ne sont pourtant

qu'une partie des inégalités sociales. Cette vision, dans la lignée des premiers travaux entre les catégories socio-professionnelles et l'état de santé établis en France dans les années 50 est partielle et ne prend que rarement en compte d'autres déterminants structurels comme l'origine migratoire et le genre. Une des principales raisons est vraisemblablement historique et liée au modèle français républicain universaliste (i.e État de droit qui prône l'égalité de tous sans distinctions liées à l'âge, au genre, à l'origine sociale, etc.) et qui peine donc à prendre en compte les inégalités dues à ces mêmes déterminants sociaux (âge, genre, origine sociale, etc.). Quoiqu'il en soit, même pour la position socioéconomique, il existe peu de données disponibles sur les inégalités sociales dans le champ de la santé, raison qui a justifié une systématisation de la collecte des déterminants sociaux dans les études de Santé publique France.

LA NÉCESSITÉ D'UNE APPROCHE PLUS INTÉGRÉE

Les positions qu'occupent les individus le long de diverses hiérarchies sociales (de position socioéconomique, d'origine et de genre, notamment) façonnent leur exposition au risque, leur accès aux services dont les services de santé. Les écarts de santé qui se creusent entre les groupes sociaux selon leur hiérarchie sociale, reflètent l'inscription, dans les corps, des expériences sociales [22]. Ces expériences sont la conséquence des rapports sociaux de pouvoir liés aux positions de genre, de position socioéconomique et d'origine¹. Ainsi, la traduction dans des écarts de santé des différences de revenu, d'éducation, de catégorie socio-professionnelle, d'origine ou encore de genre a été largement démontrée et quantifiée [23,24]. Cependant, les comparaisons binaires au sein d'une seule stratification sociale (les plus défavorisés économiquement versus les plus riches ; les personnes natives versus les personnes immigrées...) tendent à invisibiliser le gradient social de santé et à minimiser le rôle des autres stratifications sociales, donnant l'illusion que ces stratifications agissent indépendamment les unes des autres. Or, il n'y a pas de personnes « riches » d'un côté et des personnes « pauvres » de l'autre, dont on pourrait opposer la santé ; mais tout un gradient d'inégalités de santé qui traversent toute la société faisant correspondre un état de santé différent à chaque palier de la hiérarchie sociale [25].

1. Voir la leçon inaugurale prononcée au Collège de France, le 16 janvier 2020 par Didier Fassin, « L'inégalités de vie », et le 3 avril 2025 par Nathalie Bajos, « La production sociale des inégalités de santé ».

De fait alors que dans les années 1980, la recherche épidémiologique sur les ISS ne se concentrait que sur des rapports sociaux inégalitaires simplement additionnés ou multipliés (26), elle analyse désormais leur interaction dans « la production et la reproduction même de ces inégalités sociales » (27). Cette approche intégrée souligne l'importance d'envisager la reconfiguration de chacune de ces stratifications selon la combinaison qu'elles forment ensemble (28) et vise à appréhender la complexité des identités et des inégalités sociales. Elle réfute le cloisonnement et la hiérarchisation des grands axes de la différenciation sociale que sont les catégories de sexe/genre, classe, origine, âge, handicap et orientation sexuelle (29,30). Cette approche s'avère particulièrement pertinente en santé publique et en épidémiologie. Elle a notamment joué un rôle clé dans la compréhension de la dynamique de l'épidémie de VIH. Ainsi, les manifestations et les impacts des inégalités subies par les différents groupes de population ne sont pas uniformes, en partie en raison des identités croisées et superposées des individus. Les faits montrent que les disparités en matière d'accès aux services, d'incidence du VIH et de mortalité liée au sida sont le résultat d'inégalités multiples qui se chevauchent, et d'un accès inégal à l'éducation, à l'emploi et aux opportunités économiques (31). Pour un individu, l'impact de l'infection au VIH peuvent être fortement influencés non seulement par la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, mais aussi par d'autres formes de discrimination, notamment celle fondée sur l'origine, le sexe, l'âge, le statut socioéconomique, la capacité/le handicap, l'orientation sexuelle et l'identité de genre (32). Par exemple la stigmatisation et la discrimination auxquelles est confronté un homme riche, blanc et instruit qui a des rapports sexuels avec des hommes peuvent être bien moindres que celles auxquelles est confronté un homme qui a également des rapports sexuels avec des hommes, mais qui est pauvre, d'origine subsaharienne, peu instruit et qui n'a pas ou peu accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP). Ainsi, ces situations contrastées façonnent les expériences des personnes en matière de stigmatisation et de discrimination, détermine leur vulnérabilité au VIH et influence leur capacité à pouvoir se soigner.

LA PERTINENCE DE L'APPROCHE ÉCO-SOCIALE POUR UNE VISION SYSTÉMIQUE

En englobant les déterminants sociaux ignorés par l'approche biomédicale, l'approche éco-sociale reformule les différences d'origine biologique (telles que la fonction rénale, la pression sanguine) en reconsidérant l'influence de l'environnement social sur le fonctionnement et les manifestations biologiques. Soulignant les interactions dynamiques et cumulatives entre l'exposition, la susceptibilité et la résistance, elle dépasse les analyses de la production sociale des maladies généralement uniquement centrées sur les disparités relatives à la position socioéconomique (33). Ceci, afin d'insister sur la discrimination au sein même d'une strate sociale, à laquelle sont ajoutés les effets biologiques persistants des privations économiques subies en début de vie (34). À titre illustratif, les différences de santé entre hommes et femmes ne découlent pas uniquement de leurs différences biologiques innées, comme les différences hormonales, mais aussi d'un traitement socialement différencié. Autrement dit les corps sont façonnés par des processus sociaux auxquels ils participent : il existe ainsi une « co-construction du biologique et du social », où nous sommes constitués, simultanément, à la fois entièrement de biologique et de social (35).

L'approche intégrée et le modèle dynamique d'incorporation peuvent éclairer de nombreux indicateurs de santé publique. Le taux de mortalité maternelle par exemple, est un indicateur clé pour caractériser la santé d'une population, car il reflète l'état socioéconomique et le système de santé d'un pays. Il existe de profondes inégalités relatives à la mortalité maternelle entre les populations selon leur origine dans de nombreux pays. Les obstacles financiers et la position socioéconomique n'expliquent cependant pas tout car selon leur origine, les mères continuent de faire face à des problématiques périnatales, – comme le fait d'avoir un bébé de faible poids à la naissance – cela malgré l'amélioration de leur situation financière (36). Le modèle dynamique d'incorporation, permet d'éclairer les mécanismes de leur exposition répétée aux facteurs stressants, qui engendre une réponse physiologique adaptative au stress dans la durée. L'une des conséquences de cette adaptation est l'augmentation du risque de maladies chroniques, y compris des troubles métaboliques et cardiovasculaires qui peuvent survenir pendant la grossesse, comme le diabète et la prééclampsie (37). Une autre conséquence est l'immunosuppression qui peut impliquer une plus grande susceptibilité aux infections (38).

EN PRATIQUE : QUELLE(S) QUESTION(S) POSER DANS LES ENQUÊTES ?

Dans cette partie, sont présentés les indicateurs et variables incontournables pour mesurer les principales dimensions de la position sociale. Pour chaque dimension, en fonction de la population étudiée, du type d'étude ou de la question de recherche que l'on se pose, de nombreuses autres variables peuvent être ajoutées pour étudier plus finement le rôle de chaque déterminant social sur la santé ainsi que leur contribution dans les ISS.

SEXE ET IDENTITÉ DE GENRE

L'approche la plus commune consiste à questionner en premier le sexe à l'état civil puis en second l'identité de genre, c'est-à-dire la façon dont la personne se perçoit. Ensemble, ces questions offrent différentes perspectives d'analyses : distinguer les personnes selon le sexe enregistré à l'état civil ou bien selon leur auto-identification. Il est important de pouvoir représenter la diversité des identités de genre plus ou moins finement selon l'objectif de l'enquête. Au-delà du choix homme/femme, l'ajout d'une modalité permettant de renseigner d'autres termes à la question sur la façon dont la personne se perçoit, permet par exemple de distinguer les personnes non binaires ou transgenres, qui sont par ailleurs plus souvent confrontées à des formes de discriminations (39). Dans l'enquête ENVIE de l'Ined (Institut national d'études démographiques), qui porte sur la vie affective et sexuelle des jeunes adultes (18-29 ans), les personnes s'identifiant d'une autre manière qu'homme et femme sont regroupées dans une catégorie intitulée « personnes non binaires ». Les effectifs très faibles des personnes trans ne permettent pas toujours de les distinguer pour en faire une catégorie à part : elles sont catégorisées selon leur identité de genre au moment de l'enquête (40).

Source : Enquête ENVIE (Ined, 2023) (Enquête sur la vie affective des jeunes adultes ; 18-29 ans vivant en France hexagonale ; enquête réalisée par téléphone avec un(e) enquêteur(rice)

Selon l'état civil, quel est votre sexe ?

1. Masculin
2. Féminin

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur la manière dont vous vous percevez. Il y a aujourd'hui une diversité de manières de se définir. Certaines personnes ne s'identifient ni comme homme ni comme femme.

Vous-même, comment vous identifiez-vous aujourd'hui ?

1. Comme un homme
2. Comme une femme
3. D'une autre manière

Si d'une autre manière : Comment vous identifiez-vous ?

[Menu déroulant avec plusieurs possibilités dont une option de saisie en clair si nécessaire²]

Source : Baromètre de Santé publique France (18-79 ans ; France hexagonale et Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion ; réponse par internet ou par téléphone avec un(e) enquêteur(rice).

[Sexe à l'état civil renseigné dans la base de sondage]

[Identité de genre] **Vous êtes :**

1. Un homme
2. Une femme
3. Autre réponse

Si autre réponse : Comment vous définissez-vous ?

1. Non-binaire (vous ne vous définissez pas exclusivement comme homme ou femme)
2. D'une autre manière : préciser
3. Vous ne savez pas
4. Vous ne souhaitez pas répondre

Pour aller plus loin, une troisième question sur le sexe déclaré à la naissance peut être ajoutée.

ORIGINE MIGRATOIRE

En pratique, l'approche la plus commune, utilisée par la statistique publique en France, est fondée sur la collecte de données objectives d'état civil, telles que la **nationalité et le pays de naissance des personnes, de leurs parents**, voire, plus exceptionnellement de leurs grands-parents (41). Ces variables permettent de rendre compte de la diversité de la population et de construire la catégorie « immigré », définie par le Haut Conseil à l'intégration, comme une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France pour une durée d'au

2. Non-binaire, Queer, Trans (y compris « femme trans », « homme trans »), Genderfluid, Neutre, Agence, Demi-boy, Demi-girl, Autre [préciser].

moins un an, qu'elle ait ou non acquis la nationalité française. La catégorie « immigré » peut être affinée selon le pays de naissance, lorsque celui-ci est précisément renseigné. Les pays de naissance sont fréquemment regroupés par grandes régions du monde (ex : Europe du Nord ou de l'Ouest, Europe du Sud, Europe de l'Est, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Amérique, Asie et Océanie). Cependant, d'autres regroupements peuvent être envisagés en fonction des effectifs et de la question de recherche que l'on se pose. À partir des informations supplémentaires sur l'origine migratoire des parents, il est possible d'identifier ce que l'Insee appelle les « descendants d'immigrés » de première génération (personnes nées en France et ayant au moins un parent immigré) (42).

Ainsi, la collecte de ces données dans les enquêtes en santé permet de comparer la santé des Français avec celle des étrangers, des natifs (non-immigrés) avec celle des immigrés. Cette démarche permet d'appréhender dans quelle mesure l'origine migratoire peut être un facteur d'ISS et en quoi elles peuvent être liées aux inégalités d'accès aux différentes ressources (services de santé, logement, éducation, emploi, loisirs, services publics, espaces verts, etc.) et aux discriminations (18).

Source : Baromètre de Santé publique France (18-79 ans ; France hexagonale et Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion ; réponse par internet ou par téléphone avec un(e) enquêteur(ice)).

Pays de naissance

Où êtes-vous né(e) ?

1. En France hexagonale
2. En France outre-mer
3. À l'étranger
4. Vous ne souhaitez pas répondre

Si né(e) en France outre-mer : Dans quel département, région ou collectivité êtes-vous né(e) ?

[Mise à disposition d'une liste déroulante]

Si né(e) à l'étranger : Dans quel pays êtes-vous né(e) ?

[Mise à disposition d'une liste déroulante]

Nationalité à la naissance et au moment de l'enquête

Quelle(s) est (sont) votre (vos) nationalité(s) ? Consigne : Plusieurs réponses possibles.

1. Française
2. Étrangère
3. Vous ne souhaitez pas répondre

Si nationalité française : Plus précisément, vous êtes :

1. Né(e) français(e)
2. Devenu(e) français(e) par déclaration, par naturalisation, à votre majorité
3. Vous ne souhaitez pas répondre

Origines des ascendants

Où est né(e) votre père/mère ?

1. En France métropolitaine
2. En France outre-mer
3. À l'étranger
4. Vous ne savez pas
5. Vous ne souhaitez pas répondre

Si né(e) en France outre-mer : Dans quel département, région ou collectivité est-il/elle né(e) ?

[Mise à disposition d'une liste déroulante]

Si né(e) à l'étranger : Dans quel pays est-il/elle né(e) ?

[Mise à disposition d'une liste déroulante]

Quelle(s) est (sont) ou étaient(étaient) la(les) nationalité(s) de votre père/mère ? Consigne : Plusieurs réponses possibles.

1. Française
2. Étrangère
3. Vous ne savez pas
4. Vous ne souhaitez pas répondre

Si nationalité française : Plus précisément, il/elle est/était :

1. Né(e) français(e)
2. Devenu(e) français(e) par déclaration, par naturalisation, à votre majorité
3. Vous ne savez pas
4. Vous ne souhaitez pas répondre

Pour aller plus loin, d'autres indicateurs liés à l'origine migratoire tels que l'année d'arrivée en France ou encore le statut administratif au regard du séjour sont à considérer lorsque l'on veut étudier finement le rôle de ce déterminant sur la santé. Les indicateurs concernant les descendants d'immigrés de deuxièmes et troisièmes générations permettent d'étudier les dynamiques migratoires passées et actuelles. D'autres catégorisations de l'origine existent, plus subjectives, et qui renvoient notamment à l'auto-déclaration d'appartenance à un groupe « ethno-racial ». En France, l'utilisation de ces catégories est autorisée pour des enquêtes de recherche uniquement, avec contrôle renforcé dans l'exploitation et la diffusion des résultats (17). À titre d'exemple, les enquêtes Trajectoires et Origines (Teo1 en 2008-2009 et Teo2 en 2019-2020), portées par l'Ined et l'Insee comportent en sus de critères objectifs sur l'origine migratoire, des questions subjectives sur d'autres dimensions de l'origine et appartenances culturelles (lien avec le pays d'origine, relations transnationales, religion, langues, image de soi et regard des autres) ainsi que sur les discriminations (43). Des questions sur l'auto assignation raciale sont présentes dans les enquêtes du défenseur des droits 2019 et celle de l'enquête Contexte des sexualités en France 2023 (44,45).

ÉDUCATION

Le niveau d'instruction est, avec le revenu et la catégorie socio-professionnelle, l'un des principaux indicateurs de la position socioéconomique d'une personne, et il est souvent utilisé pour représenter sa position sociale. Dans les études épidémiologiques, le niveau d'instruction est classiquement renseigné par le **diplôme le plus élevé obtenu**. Cet indicateur est facile à obtenir et présente en général peu de données manquantes lors des analyses, il est stable dans le temps (une fois les études terminées), exclut peu de personnes et présente moins de risque de causalité inverse par rapport aux indicateurs liés à l'emploi et aux revenus (15).

Une des limites de cet indicateur est que sa signification varie dans le temps. En effet, le niveau de diplôme de la population augmente au fil des générations, et le niveau d'éducation tend à s'homogénéiser au sein de la population (46). Il est important de tenir compte de cet aspect lorsque cet indicateur est utilisé pour suivre l'évolution des ISS sur de longues périodes (15).

Source : Baromètre de Santé publique France 18-79 ans ; France hexagonale et Guadeloupe, Guyane, Martinique,

La Réunion ; réponse par internet ou par téléphone avec un(e) enquêteur(rice).

NB : cet exemple présente une version de question détaillée, certaines modalités peuvent être regroupées selon les objectifs de l'enquête, en respectant les niveaux de la nomenclature associée (cadre national des certifications professionnelles) (47).

Diplôme le plus élevé

Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

1. Aucun diplôme
2. CEP (certificat d'études primaire) ou CFG (certificat de formation générale)
3. BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges, DNB
4. CAP, BEP ou diplôme de niveau équivalent (brevet de compagnon, etc.)
5. Brevet supérieur, professionnel, de technicien ou d'enseignement ou diplôme équivalent
6. Baccalauréat technologique ou professionnel ou diplôme équivalent
7. Baccalauréat d'enseignement général
8. Capacité en droit, DAEU, ESEU
9. Bac +2 (BTS, DUT, Deug, Deust, diplôme santé/social de niveau bac +2 ou diplôme équivalent)
10. Bac +3 ou Bac +4 (licence, licence pro, BUT, maîtrise, diplôme santé/social de niveau bac +3/4 ou diplôme équivalent)
11. Bac +5 (Master, DESS, DEA, diplôme d'une grande école ou doctorat de santé)
12. Doctorat de recherche (hors doctorat de santé)

Pour aller plus loin dans la compréhension du rôle de l'éducation dans les ISS, en fonction du type d'étude, de la population étudiée et de la question de recherche que l'on se pose, d'autres indicateurs peuvent s'avérer particulièrement éclairants tel que : la qualité de l'éducation et/ou de l'école, et ce à des périodes critiques du cycle de vie (par exemple au moment de l'adolescence), la filière suivie pour les jeunes adultes en cours d'études (études supérieures au baccalauréat), les relations dissonantes ou harmonieuses entre la famille et l'école, l'intérêt des parents dans l'éducation de leur enfant, ou encore les expériences éducatives informelles tout au long du parcours de vie (9).

SITUATION PROFESSIONNELLE

La situation professionnelle, à un instant donné, comprend deux premières dimensions distinctes, qu'il est intéressant d'interroger successivement : la **situation vis-à-vis du travail et la profession**. La plupart des études utilisent la situation professionnelle en cours, plus rarement celle qui a été la plus longue. Pour les personnes qui ne sont pas en emploi, il est recommandé de renseigner la dernière profession occupée (ou, plus rarement, la plus longue) (15).

En pratique, une première question interroge la situation vis-à-vis du travail et distingue les personnes : actives (la population active au sens du Bureau international du travail (BIT) comprend les personnes en emploi (actifs en emploi) et les chômeurs (actifs sans emploi)) ou inactives sur le marché du travail (retraités, étudiants, etc.) (48).

En second une série de questions interroge la profession – ou la dernière profession – occupée, soit en clair (ce qui nécessitera un recodage ultérieur), soit en utilisant une classification existante. En France, la classification de référence est, depuis 1982, celle des « professions et catégories socioprofessionnelles » (PCS) de l'Insee. Elle a fait l'objet de plusieurs refontes dont la dernière date de 2020 et comporte quatre niveaux d'agrégation emboîtés. Au niveau le plus fin, on compte 311 rubriques de profession décrites par un code à 4 positions. Le niveau intermédiaire regroupe 121 professions regroupées ; il est décrit par un code correspondant aux 3 premières positions. Le niveau suivant compte 29 catégories socioprofessionnelles. Au dernier niveau, le plus agrégé et le plus largement utilisé, cette nomenclature isole 6 groupes socioprofessionnels et correspond au premier chiffre de la PCS 2020 (1- Agriculteurs exploitants ; 2- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise de plus de dix salariés ; 3- Cadres et professions intellectuelles supérieures ; 4- Professions intermédiaires ; 5- Employés ; 6- Ouvriers). Pour les retraités comme pour les chômeurs ou tous les inactifs au moment de l'enquête, la dernière profession exercée est renseignée.

Pour coder la profession selon la PCS 2020 dans une enquête informatisée, deux étapes clés sont nécessaires. Il s'agit en premier de collecter un libellé de profession à l'aide d'une liste proposée dans l'enquête. Dans le cas où l'enquêté ne retrouve pas sa profession dans la liste proposée, il est possible de récupérer l'information par une saisie de sa profession en clair. La seconde étape consiste à collecter quatre variables annexes supplémentaires :

le statut d'emploi (salariés ou indépendant), la taille de l'entreprise pour les indépendants, le niveau de qualification selon la nature de l'employeur (privé ou public). L'ensemble des outils nécessaires à la collecte et au codage de la PCS 2020 sont disponibles en ligne sur le site de l'Insee (<https://www.nomenclature-pcs.fr>) (49).

Bien que les groupes socioprofessionnels ne soient pas homogènes dans leur composition (niveau de diplôme, salaires, etc.), la déclinaison de nombreux indicateurs de santé selon ces groupes reste marquée par un gradient d'inégalités. L'exemple le plus marquant est celui de l'espérance de vie, en France, les ouvriers vivent en moyenne moins longtemps que les cadres et les écarts sont renforcés si on prend en compte l'espérance de vie en bonne santé (50). Par ailleurs, au cours du temps et d'une génération à l'autre, les conditions de travail d'une même profession évoluent, de même que les effectifs respectifs des groupes et des catégories socioprofessionnelles et, parfois même la place de certaines professions dans la hiérarchie sociale. Autant de critères qu'il est important de prendre en compte lors d'une analyse sur le long cours (15). Enfin, les catégories socioprofessionnelles sont très spécifiques au contexte français et donc peu transposables d'un pays à l'autre. Sur le plan international, les deux nomenclatures socioprofessionnelles de référence sont l'*International Standard Classification of Occupations* (ISCO) du Bureau international du travail (BIT) et les *European Socio-economic Groups* (ESeG) d'Eurostat (13).

Dans certaines situations, il peut être intéressant de renseigner la PCS du ménage qui combine la situation socioprofessionnelle des deux principaux membres du ménage. Cette nouvelle catégorisation permet de rendre compte des différentes situations de l'activité professionnelle au sein des ménages en ne donnant la priorité ni au sexe, ni à l'âge, ni à la position économique d'un seul de leurs membres (51).

Source : Baromètre de Santé publique France (18-79 ans ; France hexagonale et Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion ; réponse par internet ou par téléphone avec un(e) enquêteur(ice)).

Situation vis-à-vis du travail

Actuellement, quelle est votre situation principale vis-à-vis du travail ? *Consigne : si vous êtes concerné(e) par plusieurs situations, veuillez indiquer l'activité qui vous prend le plus de temps.*

1. En emploi
2. Au chômage (inscrit(e) ou non à France Travail (anciennement Pôle emploi))
3. Retraité(e) ou préretraité(e)
4. En incapacité de travailler en raison d'un handicap ou d'un problème de santé durable
5. En études
6. Homme/Femme au foyer
7. Dans une autre situation

Si n'est pas en emploi actuellement : Avez-vous cependant un emploi ?

1. Oui
2. Non

Si n'a pas d'emploi : Avez-vous déjà travaillé par le passé, même pour un petit boulot, même s'il y a longtemps ?

1. Oui
2. Non

Si a déjà travaillé par le passé : Cette expérience professionnelle s'est-elle uniquement limitée à des petits boulots ?

1. Oui
2. Non

Si au chômage : Depuis combien de temps êtes-vous au chômage ?

1. Moins d'un an
2. Entre un an et deux ans
3. Plus de deux ans

Profession (selon la PCS 2020)

- Libellé de profession sur liste et en clair

Si travaille ou a déjà travaillé :

Si travaille actuellement : Dans cet emploi, quelle est votre profession ?

Si ne travaille pas actuellement : Dans votre dernier emploi, quelle était votre profession ? *Consigne : Saisissez au moins 3 lettres du libellé de votre profession et sélectionnez-le dans la liste. Si vous ne le trouvez pas, cliquez sur « Vous n'avez pas trouvé dans la liste ». [Mise à disposition d'un menu déroulant]*

Si profession non trouvée dans la liste : Votre profession n'est pas dans la liste. Veuillez saisir le libellé de profession le plus précis et complet possible. [Champ ouvert]

Variables annexes

La variable ci-dessous vise à identifier le statut (salarié, indépendant, aide familial) et la nature de l'employeur.

Dans votre emploi, vous êtes/étiez :

1. À votre compte (y compris gérant(e) de société ou chef(fe) d'entreprise salarié(e))
2. Salarié(e) de la fonction publique (État, territoriale ou hospitalière)
3. Salarié(e) d'une entreprise (y compris d'une association ou de la Sécurité sociale)
4. Salarié(e) d'un particulier
5. Vous travaillez/travailliez, sans être rémunéré(e), avec un membre de votre famille

La taille de l'entreprise est utilisée pour opérer une distinction au sein des travailleurs indépendants, selon la taille de l'entité dirigée.

Si à votre compte : En vous comptant, combien de personnes travaillent/travaillaient dans votre entreprise ?

1. Vous travaillez/travailliez seul(e)
2. Entre 2 et 10 personnes
3. Entre 11 et 49 personnes
4. 50 personnes ou plus

Les deux variables suivantes permettent d'identifier le niveau de qualification parmi les salariés, de façon différenciée selon que l'employeur est privé ou public.

Si salarié(e) de la fonction publique : Dans cet emploi, vous êtes/étiez :

1. Manœuvre, ouvrier/ouvrière spécialisé(e)
2. Ouvrier/ouvrière qualifié(e)
3. Technicien(ne)

4. Agent(e) de catégorie C de la fonction publique
5. Agent(e) de catégorie B de la fonction publique
6. Agent(e) de catégorie A de la fonction publique

Si salarié(e) d'une entreprise : Dans cet emploi, vous êtes/étiez :

1. Manœuvre, ouvrier/ouvrière spécialisé(e)
2. Ouvrier/ouvrière qualifié(e), technicien(ne) d'atelier
3. Employé(e) de bureau, de commerce, de services
4. Agent(e) de maîtrise (y compris administrative ou commerciale)
5. Technicien(ne)
6. Ingénieur(e), cadre d'entreprise
7. Dans une autre situation

Afin de compléter les groupes et catégories socioprofessionnels de nouvelles catégorisations ont été conçues dans le cadre de la rénovation de la PCS et en particulier celle des classes et sous-classes d'emploi. Elles se distinguent par une séparation plus nette entre indépendants et salariés, entre fonction publique et secteur privé, entre contrats stables et ceux à durée limitée. À ce titre la variable type de contrat est nécessaire à la construction de cette catégorisation complémentaire. Par cette approche, les classes d'emploi rendent compte, par exemple, des principales différences existant actuellement sur le marché du travail en matière de durée et d'organisation du travail [51].

Si salarié(e) : Dans cet emploi, vous êtes/étiez :

1. En contrat à durée indéterminée (CDI) ou fonctionnaire
2. En contrat à durée déterminée (CDD), intérim ou autre contrat de 3 mois au plus
3. En contrat à durée déterminée (CDD), intérim ou autre contrat de moins de 3 mois
4. En contrat d'alternance (apprentissage, contrat de professionnalisation...) ou en stage
5. Dans une autre situation

Situation vis-à-vis du travail du conjoint ou partenaire dans le ménage

Si vit avec conjoint ou partenaire : Actuellement, quelle est la situation principale de votre partenaire vis-à-vis du travail ? *Consigne : Si vous hésitez entre plusieurs situations, choisissez celle qui le ou la décrit le mieux ou celle qui lui prend le plus de temps.*

1. En emploi
2. Au chômage (inscrit(e) ou non à France Travail (anciennement Pôle emploi))
3. Retraité(e) ou préretraité(e)
4. En incapacité de travailler en raison d'un handicap ou d'un problème de santé durable
5. En études
6. Homme ou Femme au foyer
7. Dans une autre situation
8. Vous ne savez pas
9. Vous ne souhaitez pas répondre

Pour aller plus loin, il existe une grande variété d'indicateurs permettant d'étudier l'emploi comme un déterminant des ISS et en particulier ceux relevant des conditions de travail et leur pénibilité (horaires de travail longs et irréguliers, travail de nuit, travail répétitif, bruit, postures pénibles, etc.), le secteur d'activité et le temps de travail choisi ou subi. D'autres approches consistent à mesurer les trajectoires professionnelles. Par ailleurs, il semble important de tenir compte des évolutions du monde du travail qui connaît depuis plusieurs années de profondes mutations, et d'aller explorer ces nouveaux aspects, tels que l'évolution des technologies et le télétravail, l'augmentation des formes de travail précaires (travailleurs indépendants pour des plateformes en ligne de services, etc.) mais aussi les effets du changement climatique au travail [52].

RESSOURCES FINANCIÈRES

Les ressources financières sont un bon indicateur du statut social, en revanche cette dimension est complexe à évaluer. D'une part, elle recouvre plusieurs notions différentes et complémentaires : les sources des revenus (salaires, allocations, revenus du patrimoine et du capital, pensions, activités non déclarées, etc.), leur régularité, leur part disponible après prise en compte des dépenses incompressibles (logement, alimentation, transport, etc.). D'autre part, il s'agit de questions « sensibles » dans la société française, ce qui peut engendrer un nombre important de non-réponses au moment de la collecte de données (15).

Le plus souvent c'est le montant des **revenus totaux du ménage sur une base mensuelle** qui est interrogé, ce qui permet de calculer le niveau de vie des ménages en le divisant par le nombre d'« unités de consommation » du ménage. Selon l'échelle d'équivalence de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) qui est aujourd'hui la plus utilisée, les unités de consommation sont calculées de la façon suivante : le premier adulte compte pour 1 ; les autres personnes de 14 ans et plus pour 0,5 chacune ; et les enfants de moins de 14 ans pour 0,3 chacun. Les revenus constituent un indicateur simple mais présentent plusieurs limites à prendre en compte dans l'étude des ISS. Tout d'abord, il est le plus souvent mesuré à un seul moment de l'âge adulte (au moment de l'enquête), ce qui n'est pas toujours représentatif du niveau de vie globale d'une personne ou d'un ménage. Lorsqu'il est étudié en lien avec la santé, il est sujet à un biais de causalité inverse (une altération de l'état de santé peut entraîner une perte de revenus). Enfin, il dépend de l'âge puisque la relation entre les revenus et la santé diminue après 65 ans mais aussi de la variabilité du coût de la vie et des salaires selon les territoires ce qui complique les comparaisons régionales et internationales.

Cette dernière limite peut être réduite en utilisant de manière complémentaire un indicateur subjectif, telle que la **situation financière perçue**. Cet indicateur permet de capturer le niveau de difficultés financières des ménages. Le recueil de cette information est en général bien accepté, et on observe peu de données manquantes au moment des analyses, contrairement aux revenus déclarés. Pour certains chercheurs, la perception des individus de leur situation financière et plus largement de leur position socioéconomique refléterait mieux le lien entre les inégalités sociales et la santé que les approches dites objectives (53-55).

Source : Baromètre de Santé publique France 18-79 ans ; France hexagonale et Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion ; réponse par internet ou par téléphone avec un(e) enquêteur(rice).

Revenus

Si une seule personne dans le foyer : La somme de vos revenus nets par mois après prélèvement des impôts, en incluant les allocations, est-elle inférieure ou supérieure à 1 500 euros par mois ?

Si plusieurs personnes dans le foyer : La somme des revenus nets par mois après prélèvement des impôts de l'ensemble des personnes de votre foyer, en incluant les allocations, est-elle inférieure ou supérieure à 1 500 euros par mois ? *Consigne : Comptez toutes les personnes avec qui vous partagez votre budget.*

1. Inférieure
2. Supérieure (ou égale)

Dans quelle tranche se situe-t-elle ?

1. Moins de 230 € par mois
2. De 230 à moins de 380 € par mois
3. De 380 à moins de 600 € par mois
4. De 600 à moins de 1 000 € par mois
5. De 1 000 à moins de 1 200 € par mois
6. De 1 200 à moins de 1 500 € par mois
7. De 1 500 à moins de 2 000 € par mois
8. De 2 000 à moins de 2 400 € par mois
9. De 2 400 à moins de 3 000 € par mois
10. De 3 000 à moins de 4 500 € par mois
11. De 4 500 à moins de 7 600 € par mois
12. 7 600 € ou plus par mois

Situation financière perçue

Actuellement, dans votre foyer, vous diriez que financièrement :

1. Vous êtes à l'aise
2. Ça va
3. C'est juste, il faut faire attention
4. Vous y arrivez difficilement
5. Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dette

Pour aller plus loin : des indicateurs liés au patrimoine et aux revenus du capital sont complémentaires et intéressants notamment lorsque la population étudiée concerne les personnes âgées. Enfin, une manière détournée d'évaluer le niveau de revenu d'un ménage, pour limiter le biais de mémoire et pallier le manque de données, est d'interroger l'accès aux minimas sociaux puisqu'ils sont accordés sous conditions de ressources.

COMPOSITION FAMILIALE

L'utilisation d'un large éventail de variables est recommandée, lorsque cela est possible, afin d'avoir une vue complète et nuancée des ISS. Ainsi il est intéressant de considérer des paramètres à l'échelle du ménage comme la structure familiale de celui-ci. Les ménages monoparentaux par exemple sont de plus en plus nombreux et concernent majoritairement des femmes qui sont plus susceptibles que le reste de la population de se retrouver dans une situation financière précaire.

Source : Baromètre de Santé publique France 18-79 ans ; France hexagonale et Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion ; réponse par internet ou par téléphone avec un(e) enquêteur(ice).

Habituellement, vivez-vous seul(e) dans votre logement ?

Consigne : Veuillez compter toutes les personnes qui vivent avec vous la plupart du temps, même si elles sont absentes actuellement.

1. Oui
2. Non

Qui vit avec vous dans votre logement ? *Consigne : Plusieurs réponses possibles*

1. Vos enfants / les enfants de votre partenaire
2. Votre partenaire (époux(se), conjoint(e), etc.)
3. Votre père / votre beau-père
4. Votre mère / votre belle-mère
5. Vos frères (ou demi-frères ou beaux-frères) / vos sœurs (ou demi-sœurs ou belles-sœurs)
6. Vos grands-parents
7. Vos petits-enfants
8. D'autres personnes de votre famille
9. D'autres personnes (ami(e), colocataire, pensionnaire, sous-locataire, etc.)

Parmi les personnes qui vivent dans votre logement, y compris vous-même, combien ont :

1. Moins de 3 ans ? /__/_/
2. Entre 3 et 13 ans ? /__/_/
3. Entre 14 et 17 ans ? /__/_/
4. 18 ans ou plus ? /__/_/

PERSPECTIVES

Pour documenter les ISS, il est primordial de pouvoir caractériser la position sociale, ou en d'autres termes de s'assurer que les informations – stratifiées de manière croisée par position socioéconomique, genre et origine (ou tout autre groupe social sujet à des inégalités sociales) – soient disponibles pour les événements de santé, afin d'évaluer les progrès et les reculs dans la réduction des ISS des actions de santé publique. Cette prise en compte simultanée des positions sociales position socio-économiques, de genre, et d'origine permet de mieux appréhender les inégalités sociales dans la mesure où elle appréhende les constructions sociales de la santé, permet de sensibiliser les acteurs de la santé publique à reconnaître les mécanismes sous-jacents aux inégalités, et ainsi œuvrer à une meilleure équité en santé.

Une fois le recueil des données réalisées, l'analyse de l'imbrication des déterminants sociaux nécessite en amont de bien poser la question de recherche, en mobilisant les cadres théoriques et conceptuels existants dans la littérature, et de choisir les méthodes d'analyse pertinentes en épidémiologie sociale. Classiquement, les études épidémiologiques mesurent séparément l'effet sur la santé des différents déterminants sociaux impliqués dans les ISS. Par exemple, l'effet du genre sur la santé est mesuré après que l'on ait « neutralisé » l'effet de la position socioéconomique grâce à l'ajustement sur celui-ci : on compare la santé d'hommes et de femmes d'une même position socioéconomique. Ce procédé revient, de fait, à invisibiliser la possible variabilité de l'effet de cette position socioéconomique selon qu'il affecte la santé des hommes ou celle des femmes³. Or, au cours des dernières années, un nombre croissant mais toujours limité de recherches porte explicitement sur le croisement des différentes inégalités sociales, ce qui conduit à délaisser l'étude des facteurs de risque individuels pour s'intéresser aux rapports structurels

3. En d'autres termes, ce procédé tend à essentialiser les statuts (le SSE ou tout autre statut ainsi « neutralisé »), en présentant leurs effets sur la santé comme étant fixes, indépendants de leur contexte, c'est-à-dire de la combinaison de statuts qu'ils constituent ensemble.

des ISS. Patricia Hill Collins (56), professeure de sociologie de l'université du Maryland, College Park, souligne que l'origine, la position socioéconomique, le sexe, la sexualité, l'ethnicité, la nation, les capacités et l'âge ne fonctionnent pas de manière unitaire et réciproque comme des entités exclusives, mais plutôt comme des phénomènes se construisant réciproquement. Dans le champ de l'épidémiologie, cette approche peut renvoyer à la notion d'interaction, qui implique d'étudier ces variables de manière combinée ou croisée.

Cette perspective d'une meilleure intégration des courants théoriques qui ont marqué la recherche sur les ISS offre une analyse qui ne se satisfait pas seulement de la mise au jour d'une vague « articulation » des rapports sociaux mais analyse concrètement la co-construction de ces rapports. Cette approche se base sur deux courants

théoriques : le premier sur les causes fondamentales de la santé et le second sur l'origine éco-sociale des maladies, qui permettent de conceptualiser et de penser de manière critique et systématique les connexions intimes entre le social et le biologique, pour agir *in fine* sur la santé (encadré 1).

Outre les méthodes statistiques, les sciences humaines et sociales apportent une richesse incontestable pour analyser les inégalités sociales de santé, et les approches mixtes sont particulièrement riches d'enseignement. Enfin, les approches participatives incluant des populations concernées aux travaux engagés permettent d'assurer leur pertinence. L'ensemble de ces démarches permettent ainsi de mieux documenter les inégalités sociales de santé, et de prendre en compte les principaux déterminants sociaux de l'état de santé de la population. ●

ENCADRÉ 1 : DE LA THÉORIE DES CAUSES FONDAMENTALES À L'APPROCHE ÉCO-SOCIALE

La théorie des causes fondamentales (57) est une approche de l'économie politique de la santé visant à expliquer les inégalités en santé comme la résultante de différences socio-économiques (comme le sexe et genre, l'origine : l'éducation, l'emploi et le revenu) considérées comme les « causes fondamentales » des inégalités de santé car elles influencent diverses « causes proximales » (comme l'accès aux services d'alimentation, de transports, de santé, de loisirs, d'aménités environnementales, les comportements de santé, l'exposition à des risques environnementaux, etc.) qui à leur tour affecteront directement la santé. Les caractéristiques des causes fondamentales sont i/qu'elles influencent plusieurs maladies ; ii/qu'elles cheminent par de multiples voies (comportement, accès aux soins, stress), iii/ qu'elles impliquent l'accès à des ressources qui peuvent éviter ou réduire les risques pour la santé et iv/ qu'elles persistent au fil du temps. Cette théorie analyse les processus sociaux, qui exposent spécifiquement certains individus au risque de maladie de par les rapports de pouvoir et l'inégale répartition des ressources (la connaissance, l'argent, le pouvoir, le prestige, les réseaux sociaux et plus récemment la liberté). La théorie éco-sociale est une théorie plus re-émergente qui cherche à explorer la façon dont le social « passe sous la peau » dans une perspective dynamique, historique et écologique ou en d'autres termes comment des inégalités de ressources se transforment en inégalités de santé en mobilisant i/ le concept d'incorporation c'est-à-dire comment biologiquement, nous incorporons le monde social (58) ; ii/ les voies de cette incorporation, iii/ les rapports entre l'exposition, la susceptibilité et la résistance et iv/ la responsabilité et la capacité des individus à prendre des décisions et à agir de manière autonome. Les mécanismes biologiques de la dynamique d'incorporation peuvent être exogènes, par l'introduction d'agents extérieurs (bactéries, virus, particules) qui dépend de notre environnement (qualité de l'air, de l'eau, etc.) et de nos expériences quotidiennes (qualité du logement, conditions de travail) ; ou endogènes, par les processus neurobiologiques et physiologiques du corps en réponse aux stimuli extérieurs. Bien plus qu'une simple influence de l'environnement sur l'individu, cette approche met en évidence les interactions (micro et macro) dynamiques de l'individu avec son environnement. La situation sociale agit à la fois sur la probabilité d'entrer en contact avec des facteurs exogènes pathogènes et sur la manière dont nous les incorporons. La théorie éco-sociale apporte ainsi un éclairage crucial sur l'incorporation biologique par exemple du stress comme conséquence des rapports sociaux dont la perspective intersectionnelle examine l'imbrication. Il existe peu d'orientations sur les moyens d'intégrer ces théories prometteuses de manière systématique et rigoureuse dans les études quantitatives de santé publique et d'épidémiologie (59). Une grille d'analyse a été proposée par L'Agence de la santé publique du Canada et reste un outil prometteur pour mieux les prendre en compte (60). À noter que l'emploi et les conditions de travail ont été récemment décrites comme particulièrement importantes sur la position sociale (61).

RÉFÉRENCES

- [1] Irwin A, Solar O, Vega J. Social Determinants of Health, the United Nations Commission of. In: Quah SR, éditeur. International Encyclopedia of Public Health (Second Edition) [Internet]. Oxford: Academic Press; 2017 [cité 12 sept 2025]. p. 557-61. Disponible sûr : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012803678500415X>
- [2] Organisation mondiale de la santé (OMS). Déterminants sociaux de la santé [Internet]. [cité 12 sept 2025]. Disponible sûr : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
- [3] Bourdieu P. Condition de classe et position de classe. Eur J Sociol Arch Eur Sociol. nov 1966;7(2):201-23.
- [4] Krieger N. Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What's Level Got to Do With It? Am J Public Health. févr 2008;98(2):221-30.
- [5] Zeitlin J, Combiér E, De Caunes F, Papiernik E. Socio-demographic risk factors for perinatal mortality. A study of perinatal mortality in the French district of Seine-Saint-Denis. Acta Obstet Gynecol Scand. sept 1998;77(8):826-35.
- [6] Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization. [Internet]. 2008. Disponible sûr : <https://iris.who.int/handle/10665/43943>
- [7] Heller JC, Givens ML, Johnson SP, Kindig DA. Keeping It Political and Powerful: Defining the Structural Determinants of Health. Milbank Q. 2024;102(2):351-66.
- [8] Organization WH. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. World Health Organization; 2010 [cité 30 sept 2025]. Disponible sûr : <https://iris.who.int/handle/10665/44489>
- [9] Khalatbari-Soltani S, Maccora J, Blyth FM, Joannès C, Kelly-Irving M. Measuring education in the context of health inequalities. Int J Epidemiol. 13 juin 2022;51(3):701-8.
- [10] Balaj M, York HW, Sripada K, Besnier E, Vonen HD, Aravkin A, et al. Parental education and inequalities in child mortality: a global systematic review and meta-analysis. Lancet Lond Engl. 14 août 2021;398(10300):608-20.
- [11] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles [Internet]. [cité 12 sept 2025]. Disponible sûr : <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>
- [12] Maruani M. Travail et emploi des femmes [Internet]. La Découverte; 2017 [cité 12 sept 2025]. Disponible sûr : <https://shs.cairn.info/travail-et-emploi-des-femmes--9782707194022>
- [13] Bouchet-Valat M, Jayet C. La mesure des classes sociales par les nomenclatures : enjeux, problèmes et débats. Année Sociol. 18 sept 2019;69(2):311-31.
- [14] Niedhammer I, Chastang JF, David S, Kelleher C. The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey. Soc Sci Med 1982. déc 2008;67(11):1870-81.
- [15] Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé [Internet]. 2013 juin. Disponible sûr : https://catalogue.atlasante.fr/geonetwork/srv/en/resources.get?id=838&fname=hcspr20130619_indicateurinegalitesocialesante.pdf&access=private
- [16] Merchant JM, Vidal C. Genre et Santé : un enjeu de santé publique. 2019 [cité 30 sept 2025]; Disponible sûr : <https://inserm.hal.science/inserm-02334066>
- [17] Jugnot S. Les débats français sur les statistiques « ethniques » dans la confusion des genres. Histoire aujourd'hui, statistiques demain. Regards croisés sur la production et l'usage des statistiques, Insee; IGPDE, Jun 2016, Paris, France. [Internet]. Disponible sûr : <https://hal.science/hal-04511397/document>
- [18] Pannetier J, Desgrées du Loû A. Immigration et santé: de l'étude des différences à celle des inégalités. In: Gérard, Etienne, Henaff, Nolwen, éditeurs. Inégalités en perspectives [Internet]. Editions des archives contemporaines; 2019 [cité 27 mars 2025]. p. 163-75. Disponible sûr : <https://hal.science/hal-04152958>
- [19] Swope CB, Hernández D. Housing as a determinant of health equity: A conceptual model. Soc Sci Med 1982. déc 2019;243:112571.
- [20] WHO housing and health guidelines [Internet]. 2024 [cité 20 déc 2024]. Disponible sûr : <https://iris.who.int/handle/10665/276001>
- [21] Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. J Epidemiol. 2012;22(3):179-87.
- [22] Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. J Epidemiol Community Health. mai 2005;59(5):350-5.
- [23] Wilkinson R, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé : les faits, 2e éd. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. [Internet]. WHO Regional Office Europe; 2004. 42 p. Disponible sûr : <https://iris.who.int/handle/10665/107343>
- [24] Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. Int J Epidemiol. 1er août 2001;30(4):668-77.
- [25] Marmot M. Multilevel Approaches to Understanding Social Determinants. In: Berkman LF PhD, Kawachi I MD, PhD, éditeurs. Social Epidemiology [Internet]. Oxford University Press; 2000 [cité 12 sept 2025]. p. 0. Disponible sûr : <https://doi.org/10.1093/oso/9780195083316.003.0015>
- [26] Hancock AM. Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm. Polit Gend. juin 2007;3(2):248-54.
- [27] Bilge S. Recent Feminist Outlooks on Intersectionality. Diogenes. 1 févr 2010;57(1):58-72.
- [28] Hankivsky O. Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices. UBC Press; 2011. 413 p.
- [29] Collins PH. Social Inequality, Power, and Politics: Intersectionality and American Pragmatism in Dialogue. J Specul Philos. 2012;26(2):442-57.

- [30] Lapalme J, Haines-Saah R, Frohlich KL. More than a buzzword: how intersectionality can advance social inequalities in health research. *Crit Public Health*. 7 août 2020;30(4):494-500.
- [31] Conseil exécutif 81. Stratégie Mondiale de lutte contre le SIDA: rapport du Directeur général. 1987 [cité 12 sept 2025]; Disponible sûr : <https://iris.who.int/handle/10665/178193>
- [32] Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 12 sept 2025]. Les personnes vivant avec le VIH face aux discriminations en France métropolitaine - Population et Sociétés - Ined éditions. Disponible sûr : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/discriminations-personnes-vivant-vih-france/>
- [33] Schnall PL, Kern R. Hypertension in American Society: An Introduction to Historical Materialist Epidemiology. In: *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. Conrad, P. and R. Kern. New York: St. Martin's Press; 1981. p. pp 97-122.
- [34] Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol*. avr 2002;31(2):285-93.
- [35] Fausto-Sterling A. The Bare Bones of Sex: Part 1—Sex and Gender. *J Women Cult Soc* [Internet]. 2005 [cité 30 sept 2025];30(2). Disponible sûr : <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/424932>
- [36] Colen CG, Geronimus AT, Bound J, James SA. Maternal Upward Socioeconomic Mobility and Black-White Disparities in Infant Birthweight. *Am J Public Health*. nov 2006;96(11):2032-9.
- [37] Shalowitz MU, Schetter CD, Hillemeier MM, Chinchilli VM, Adam EK, Hobel CJ, et al. Cardiovascular and Metabolic Risk in Women in the First Year Postpartum: Allostatic Load as a Function of Race, Ethnicity, and Poverty Status. *Am J Perinatol*. août 2019;36(10):1079-89.
- [38] Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull*. juill 2004;130(4):601-30.
- [39] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Committee on National Statistics; Committee on Measuring Sex, Gender Identity, and Sexual Orientation. *Measuring Sex, Gender Identity, and Sexual Orientation* [Internet]. Becker T, Chin M, Bates N, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2022 [cité 30 sept 2025]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sûr : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578625/>
- [40] Bergström M, Maillochon F. Envie. Couples, histoires d'un soir, « sexfriends » : diversité des relations intimes des moins de 30 ans. *Popul Sociétés*. 19 juin 2024;623(6):1-4.
- [41] Hérán F. Statistique publique et statistiques ethniques : témoignage et analyses Céline RUET (dir.). In: *Appréhender la diversité Regards pluridisciplinaires sur l'appréhension de la diversité*. Paris: Fondation Varenne; p. 23-40. (Colloques & Essais).
- [42] Rouhban O, Tanneau P. Une situation des descendants d'immigrés plus favorable que celle des immigrés – Immigrés et descendants d'immigrés. Insee Réf Édition 2023 [Internet]. 2023 [cité 9 avr 2025]; Disponible sûr : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793314?sommaire=6793391>
- [43] Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. 2025 [cité 27 mars 2025]. Trajectoires et Origines 2. Disponible sûr : <https://teo.site.ined.fr/>
- [44] Revil H, Vial B, Warin P. Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France - Tome 1 : Contributions de chercheurs à l'enquête du Défenseur des droits - Dir. scientifique: Nathalie Bajos [Internet]. La Documentation française. 2019. 196 p. Disponible sûr : <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-08/ddd-enquete-inegalite-acces-aux-droits-discriminations-en-France-20200625.pdf>
- [45] Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE [Internet]. 2024 nov. Disponible sûr : https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf
- [46] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Niveau d'éducation de la population – France, portrait social. Insee Réf Édition 2023 [Internet]. 2023 [cité 29 août 2025]; Disponible sûr : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7658986?sommaire=7666953&q=education>
- [47] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Définition - Cadre national des certifications professionnelles [Internet]. [cité 12 sept 2025]. Disponible sûr : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2296>
- [48] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Définition - Population active (au sens du Bureau International du Travail (BIT)) [Internet]. 2025 [cité 5 mars 2025]. Disponible sûr : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1224>
- [49] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS 2020) [Internet]. 2025 [cité 29 août 2025]. Disponible sûr : <https://www.nomenclature-pcs.fr/decouvrir/le-guide-de-la-pcs-2020>
- [50] Blanpain N. Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes. Insee Prem N°2005 [Internet]. 2024 [cité 5 mars 2025]; Disponible sûr : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8220688?sommaire=8208818>
- [51] Partouche R, Pereira E, Pouliquen E. PCS 2020, PCS Ménage, classes d'emploi : une lecture enrichie de la société. Insee Réf Édition 2022 [Internet]. 2022 [cité 29 août 2025]; Disponible sûr : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6453760>
- [52] Frank J, Mustard C, Smith P, Siddiqi A, Cheng Y, Burdorf A, et al. Work as a social determinant of health in high-income countries: past, present, and future. *The Lancet*. 14 oct 2023;402(10410):1357-67.
- [53] Macleod J, Davey Smith G, Metcalfe C, Hart C. Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status? Evidence from a prospective observational study of Scottish men. *Soc Sci Med* 1982. nov 2005;61(9):1916-29.

- [54] Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Soc Sci Med* 1982. juill 2008;67(2):330-40.
- [55] Pu C, Huang N, Tang GJ, Chou YJ. When does poor subjective financial position hurt the elderly? Testing the interaction with educational attainment using a national representative longitudinal survey. *BMC Public Health*. 17 mars 2011;11:166.
- [56] Walby S, Armstrong J, Strid S. Intersectionality: Multiple Inequalities in Social Theory. *Sociology*. 1 avr 2012;46(2):224-40.
- [57] Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*. 1995;Spec No:80-94.
- [58] Routledge & CRC Press [Internet]. [cité 12 sept 2025]. *Embodying Inequality: Epidemiologic Perspectives*. Disponible sûr : <https://www.routledge.com/Embodying-Inequality-Epidemiologic-Perspectives/Krieger/p/book/9780415783859>
- [59] Agence de la santé publique du Canada. Comment intégrer la théorie de l'intersectionnalité dans les analyses quantitatives d'équité en santé? Une revue rapide et liste de vérification de pratiques prometteuses. [Internet]. Ottawa (Ontario); 2022 sept [cité 12 sept 2025]. Disponible sûr : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/comment-integrer-theorie-intersectionnalite-analyses-quantitatives-equite-sante.html>
- [60] Touati N, Garakani T, Charest É, Proteau-Dupont É. Des personnes uniques avant tout : une grille d'analyse critique pour mieux prendre en compte la diversité des besoins dans le cadre des actions sur les déterminants sociaux de la santé. *Éthique Publique Rev Int D'éthique Sociétale Gouv* [Internet]. 1 déc 2018 [cité 12 sept 2025];(vol. 20, n° 2). Disponible sûr : <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/3733>
- [61] Council of state and territorial epidemiologists. Inclusion of Industry and Occupation as Core Demographic Variables in Public Health Surveillance. Jan 2024. https://cdn.ymaws.com/www.cste.org/resource/resmgr/weblayers/24-pb-ehoh-01_final.pdf

MOTS CLÉS :

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS)
POSITION SOCIALE
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ
GENRE
ORIGINE MIGRATOIRE
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE (PCS)
APPROCHE ÉCO-SOCIALE
ÉDUCATION
REVENUS ET RESSOURCES FINANCIÈRES

Citation suggérée : Vandentorren S, Aude Mondeilh A, Soullier N. Pourquoi la position sociale est importante à considérer dans l'état de santé d'une population et comment la mesurer dans les travaux de santé publique ? Le rôle de la position sociale sur la santé. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2026 : 20 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>

AUTRICES

Stéphanie Vandentorren¹, Aude Mondeilh²,
Noemie Soullier³

1. Santé publique France, Direction scientifique et Internationale - DSIN
2. Centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations - Cerpop, Université de Toulouse
3. Santé publique France, Direction appui, traitements et analyses de données - Data

Cette synthèse est le fruit d'un travail collectif avec plusieurs équipes de recherche et a impliqué :

Nathalie Bajos¹, Emilie Counil²,
Pierre Yves Geoffard³, Cyrille Delpierre⁴

1. Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales - IRIS ; École des hautes études en sciences sociales - EHESS, Centre national de la recherche scientifique - CNRS, Institut national de la santé et de la recherche médicale - Inserm, Université Sorbonne Paris Nord
2. Institut National d'Études Démographiques - Ined
3. CNRS, EHESS, École d'économie de Paris
4. Cerpop UMR1295, Université de Toulouse

Elle a pour vocation d'introduire le travail collectif qui a associé des membres de différentes directions de Santé publique France pour chaque déterminant de santé :

- Direction de la prévention et promotion de la santé - DPPS ;
- Direction appui, traitements et analyses de données - Data ;
- Direction des régions - Dire ;
- Direction des maladies non transmissibles et traumatismes - DMNTT ;
- Direction des maladies infectieuses - DMI.

Ce travail s'inscrit dans l'enjeu transversal « Équité en santé » de Santé publique France coordonné par Stéphanie Vandentorren (Direction scientifique internationale - DSin) et prend en compte les contributions des différents groupes de travail des déterminants sociaux de la santé, en particulier les contributions de Nathalie Lydié et d'Hélène Goulard.

RELECTURE

Nathalie Bajos¹, Cyrille Delpierre²

1. IRIS - EHESS, CNRS, Inserm, Université Sorbonne Paris Nord
2. Cerpop, Université de Toulouse

REMERCIEMENTS

Grégoire Deleforterie¹, Yann Le Strat²

1. Santé publique France, DSin
2. Santé publique France, directeur scientifique