

B2 - Les inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles

A. TRANNOY ^{a,b}

^a Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS) ; ^b Groupement de recherche en économie quantitative d'Aix-Marseille - Institut d'économie publique (Greqam-Idep), Marseille, France

Une synthèse des résultats déjà obtenus

Si les inégalités sociales de santé ont fait l'objet de nombreuses études, l'étude du rôle des transmissions intergénérationnelles dans la formation de ces inégalités n'en est encore qu'à ses balbutiements. A cet égard, le domaine de la santé est plutôt en retard sur des domaines comme l'éducation ou la formation des revenus pour lesquels on dispose maintenant d'études relativement abondantes. Le rôle des transmissions intergénérationnelles est reçu comme une évidence dans ces deux domaines, alors que ce n'est pas encore complètement le cas en économie de la santé (pour un changement de perspective Diaz et Jones (1)). La disponibilité des bases de données sur l'état de santé sur plusieurs générations est sans doute une des raisons qui peut expliquer un tel état de fait. Pourtant un certain nombre d'hypothèses théoriques ont déjà été formulées qui permettent d'étayer le soupçon d'un rôle non négligeable des influences du milieu d'origine. La première envisage une influence directe des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte suite à une période de latence (2) (3). La seconde hypothèse, qualifiée de cheminement (4) (5) pose une influence de l'environnement familial sur le statut socioéconomique des descendants, qui à son tour influencent la santé à l'âge adulte. La pertinence empirique de ces deux modèles a été mise en évidence, notamment sur données britanniques grâce au suivi de longues cohortes épidémiologiques (6) (4) (7) (8) (9). En France, quelques études ont également montré une influence de la catégorie sociale du père sur la santé et le risque de décès du descendant à l'âge adulte à partir de l'exploitation de la cohorte GAZEL de salariés volontaires d'EDF-GDF (10) (11) (12). Cette corrélation entre milieu social d'origine et état de santé à l'âge adulte pourrait également être expliquée par l'état de santé des parents, de par l'intermédiaire d'un patrimoine génétique commun et d'une transmission des préférences et de comportements liés à la santé. Ce troisième canal de transmission est conforté par de récentes analyses qui confirment l'influence de la santé des parents sur la santé des enfants (13) (14). La persistance de cet effet de la santé des parents sur celle des descendants tout au long de la vie et notamment à l'âge adulte a été mise en évidence dans le cas de pathologies spécifiques comme le cancer ou la maladie d'Alzheimer ou dans le cas de la longévité (15) (16) mais a été peu étudiée en population générale. La présentation des différents résultats obtenus dans la littérature nous permet de mettre en perspective des résultats récents (17) (18) (19) qui permettent de donner un ordre de grandeur aux transmissions intergénérationnelles des inégalités de santé en population générale. Ces études procèdent à l'exploitation de l'enquête SHARE. Le champ de l'enquête étant constitué de personnes ayant plus de 50 ans, nous avons testé l'hypothèse d'une transmission à long terme des conditions initiales de vie dans l'enfance et l'adolescence sur la santé à l'âge mûr et au-delà. Le fait de s'intéresser à l'impact à plus de 30 ans de distance du milieu d'origine distingue ces études des précédentes. En outre, le milieu d'origine est appréhendé ici par deux dimensions : la profession des parents et l'état de santé de ces derniers approximé par leur statut vital et leur longévité relative par rapport à leur cohorte de naissance. La santé du descendant est appréciée par un indicateur de morbidité déclarée, la santé perçue, en 5 modalités. Nous faisons ici de état des résultats pour la France, la même méthodologie ayant été employée pour une dizaine d'autres pays européens.

Ordre de grandeur de l'impact à long terme en France des conditions initiales sur les inégalités de santé en population générale.

Dans une première étape, nous avons procédé à une estimation économétrique de l'effet des conditions initiales sur le niveau de santé perçue en contrôlant ou pas pour l'éducation et la catégorie socio-professionnelle du descendant. L'impact des conditions initiales sur l'inégalité est appréciée en comparant l'inégalité de la distribution de santé perçue à l'inégalité de la distribution de santé reconstruite à partir d'hypothèses contrefactuelles permises par l'estimation économétrique. Les résultats sont consignés dans le tableau 1 ci-dessous extrait de Trannoy et alii (19). L'indice d'inégalité est celui de Gini et il s'applique à la distribution de la probabilité de se trouver en bonne ou en très bonne santé. La distribution des états de santé chez les descendants livre une valeur de l'indice de Gini de 15,5 points. Cette valeur est mise en rapport à 5 autres valeurs de l'indice de Gini où certaines conditions initiales ont été nivelées pour tout l'échantillon à partir duquel les estimations économétriques ont été réalisées. Si l'échantillon avait eu la chance de grandir dans le milieu le plus favorable possible, les deux parents sont encore vivants, le père est un cadre supérieur et la mère une employée, le coefficient de Gini baisse de près de 60% pour ne plus s'établir qu'à 6,5 points. Les autres hypothèses contrefactuelles cherchent en quelque sorte à cerner au plus près quelles sont les conditions initiales qui comptent le plus, la santé des parents ou les conditions socio-économiques, le père ou la mère. A cet égard, sur nos données dont il ne faut pas oublier qu'elles portent sur des générations âgées dont les parents ont vécu les guerres et en portent les stigmates, le rôle du père est plus important que celui de la mère. Si tous les descendants avaient bénéficié des « meilleurs pères » au sens économétrique, l'indice de Gini enregistrerait une baisse de 6 points alors que si les descendants avaient eu la chance d'avoir les meilleures mères la baisse ne serait que de 4 points. L'autre résultat significatif est que dans la transmission des inégalités de santé, les enjeux socioprofessionnels semblent plus marquants que les enjeux de santé chez les ascendants. Si tous les descendants avaient encore leurs parents, le coefficient de Gini baisserait de 4,5 points alors que si tous les descendants étaient issus de la catégorie socio-professionnelle la plus protectrice en termes de santé, ce même coefficient enregistrerait une baisse de plus de 6 points.

Ces résultats semblent indiquer, contrairement à l'intuition, une prégnance très forte des conditions initiales dans les inégalités de santé. Elles demandent évidemment à être confirmée par des études ultérieures.

Tableau 1: Résultats de l'analyse contrefactuelle

Variabiles utilisées pour prédire la probabilité d'être en bonne santé	probabilité d'être en bonne santé	Indice de Gini	% de diminution
Avec les variables	0,633	0,155	
Avec les meilleures circonstances	0,825	0,066	-57,275
Avec les meilleures caractéristiques du père	0,760	0,095	-38,818
Avec les meilleures caractéristiques de la mère	0,717	0,114	-26,707
Avec les meilleures caractéristiques socio-professionnelles des parents	0,767	0,092	-41,045
Avec des parents vivants	0,709	0,119	-23,676

Sources : Extrait de Trannoy-Tubeuf-Jusot-Devaux (2008)

Références

- (1) Diaz PR and Jones A., Giving equality of opportunity a fair innings. *Health Economics*, 2007; 16:109-112.
- (2) Barker D. J. P., 1996. Fetal origins of coronary heart disease. *Britain Medicine Journal*, 311:171-174.
- (3) Wadsworth M. E. J., 1999. Early life hypothesis. In: M Marmot and R Wilkinson (Editors), *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford.
- (4) Power C. et C. Hertzman, 1997. Social and biological pathways linking early life and adult disease. *British Medical Bulletin*, 53:210-221.
- (5) Case A., A. Fertig, et C. Paxson, 2005. The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics*, 24:365-389.
- (6) Goldberg M., M. Melchior, A. Leclerc, et F. Lert, 2002. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences Sociales et Santé*, 20:75-128.
- (7) Power C., S. Matthews, et O. Manor, 1998. Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *The Lancet*, 351:1009-1014.
- (8) Hertzman C., C. Power, S. Matthews, et O. Manor, 2001. Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood. *Social Science and Medicine*, 53:1575-1585.
- (9) Elstad J. I., 2005. Childhood adversities and health variations among middle-aged men: a retrospective lifecourse study. *European Journal of Public Health*, 15:51-58.
- (10) Hyde M., H. Jakub, M. Melchior, F. van Oort, et S. Weyers, 2006. Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self-rated health in four European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:882-886.
- (11) Melchior M., L. F. Berkman, I. Kawachi, N. Krieger, M. Zins, et S. Bonenfant, 2006a. Lifelong socioeconomic trajectory and premature mortality (35-65 years) in France: findings from the GAZEL Cohort Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:937-944.
- (12) Melchior M., F. Lert, M. Martin, et I. Ville, 2006b. Socioeconomic position in childhood and in adulthood and functional limitations in midlife: data from a nationally-representative survey of French men and women. *Social Science and Medicine*, 63:2813-2824.
- (13) Case A., D. Lubotsky, et C. Paxson, 2002. Economic status and health in childhood: the origins of the gradient. *American Economic Review*, 92:1308-1334.
- (14) Llana-Nozal A., 2007. On the Dynamics of Health, Work and Socioeconomic Status. Thèse de doctorat d'économie, Vrije Universiteit Amsterdam,
- (15) Ahlburg D., 1998. Intergenerational transmission of health. *American Economic Review*, 88:265-270.
- (16) Cournil A. et T. B. L. Kirkwood, 2001. If you would live long, choose your parents well. *TRENDS in Genetics*, 17:233-235.
- (17) Devaux M, Jusot F, Trannoy A et S. Tubeuf (2008a). La santé des adultes selon leur origine sociale : transmission intergénérationnelle des inégalités de santé, *IDEP Document de travail* n° 0803. (A paraître *Economie et Statistiques* n° 111)
- (18) Devaux M, Jusot F, Trannoy A et S. Tubeuf (2008b). Inégalités des chances en santé en Europe : Quelle influence de l'origine sociale et familiale ? Oral communication Workshop SHARE, Paris, June 2008.
- (19) Trannoy A, S. Tubeuf, Jusot F, et Devaux M (2008b). Health in adulthood according to social background and parents' health: a transmission of intergenerational inequalities in health