

CAHIER

1 = 1 ?



Les inégalités sociales de santé

Dans « *La grande illusion* », un film de Jean Renoir (1937) qui se passe pendant la première guerre mondiale, des soldats français de toutes classes sociales sont capturés par les allemands et enfermés dans la même cellule. Il y a là un aristocrate qui est aussi le plus haut gradé, un instituteur, un ouvrier, un juif... La conversation aborde les maladies dont ils souffrent. Les pathologies « chic » des aristocrates semblent bien différentes des misères dégradantes des prolo, ce qui fait dire à l'un des personnages : « En somme, chacun mourrait de sa maladie de classe si il n'y avait la guerre pour réconcilier tous les microbes... ».

On le sait, les personnes ayant un statut socio-économique « inférieur » vivent moins longtemps, tombent malades plus jeunes et passent une plus grande partie de leur vie en mauvaise santé que celles qui bénéficient d'un meilleur statut. Quel effet ont eu sur ces inégalités les évolutions de ce dernier siècle, telles que les progrès de la médecine, l'amélioration de l'accès aux soins, les modifications de la qualité de la vie et de l'environnement, comment s'explique la persistance des inégalités et quelle leçon en tirer pour l'avenir ?

Inégalités sociales de santé et politiques publiques

page 22

Perrine Humblet, département Politiques et systèmes de santé, ULB

La question des inégalités sociales de santé remet en cause pas mal de logiques d'investissement et de progrès. Mais qui veut vraiment s'y arrêter ? Panorama des défis et des priorités ainsi revisités...

Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique

page 25

Dr. Sara Willems, Ilse Van de Geuchte, Dr. Valérie Alaluf, Joke Impens, Dr. Iris Van Nespén, Nathalie Maulet, Pr. Michel Roland, Pr. Jan De Maeseneer

Une recherche en cours, dont les auteurs nous présentent l'étape préliminaire, a pour objectifs de dresser l'état des lieux des inégalités de santé en Belgique et d'analyser la prise en charge de ces inégalités afin de proposer des priorités de réflexion et d'action pour la Belgique.

Les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé

page 35

Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Pierre-Yves Geoffard, Michel Grignon, Florence Jusot, John Lavis, Florence Naudin, Dominique Polton

Une synthèse des modèles explicatifs des inégalités sociales de santé et une analyse de l'impact du système de santé sur ces inégalités.

Quelques expériences européennes

page 42

Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Pierre-Yves Geoffard, Michel Grignon, Florence Jusot, John Lavis, Florence Naudin, Dominique Polton

Plusieurs pays européens ont élaboré des stratégies organisées pour réduire les inégalités de santé, notamment au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède.

Les inégalités sociales de santé, une question épineuse ?

page 53

Pierre Drielsma médecin généraliste à la maison médicale Bautista Vanschouwen

D'une approche anthropologique des inégalités à la question philosophique et donc politique de leur légitimité.



Les CPAS, au pied du mur des inégalités

page 60

Anne Herscovici, sociologue, présidente du CPAS d'Ixelles de 2001 à 2007

Quand on se retrouve au bas de l'échelle sociale, le CPAS constitue le dernier filet institutionnel susceptible de préserver une dignité de vie et une affiliation sociale.

Quelle place pour une prise en compte des inégalités sociales de santé ?

L'inégalité dans l'accès aux soins pour les personnes sourdes

page 67

Muriel Grégoire, Aide à la Communication en Langue des Signes (ACLS) et Odile Jehass, infirmière, Maison Médicale d'Anderlecht

Quand le monde médical rencontre le monde du silence, l'inégalité va au-delà de la simple barrière du langage.

L'interprétariat social, un instrument permettant un accès égal aux soins de santé

page 70

Stephan Backes, coordinateur, responsable de la Coordination fédérale de la traduction et de l'interprétariat social

Les services de première ligne reçoivent des personnes d'origines diverses. Un problème linguistique ne peut être le prétexte pour ne pas leur prodiguer des soins optimaux.

Sortir de la précarité, une voie parmi d'autres

page 73

Témoignage anonyme

Inégalité n'est pas synonyme de inéluctable.

L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques

page 75

Dr Jacques Morel, médecin généraliste, Secrétaire Général de la Fédération des maisons médicales

La prise en compte des déterminants non médicaux à la racine des inégalités de santé nécessite le développement de modes d'action adaptés.

Inégalités sociales de santé et politiques publiques

Perrine Humblet, département Politiques et systèmes de santé, université Libre de Bruxelles.

.....

Poils à gratter des représentations culturelles et des a priori politiques les plus tenaces dans les pays médicalement avancés, la question des inégalités sociales de santé remet en cause pas mal de logiques d'investissement et de progrès. Données à l'appui. Mais qui veut vraiment s'y arrêter ? Panorama européen des défis et des priorités ainsi revisités...

.....

à Londres par la présidence anglaise en octobre dernier, l'Etat fédéral et les communautés avaient non seulement envoyé très peu de participants mais la Belgique brillait également par son absence dans le rapport de base sur les politiques et stratégies nationales de réduction des inégalités de santé auquel 22 des 25 pays de l'Union européenne avaient contribué. Deux semaines plus tard, une des rares associations réunissant des scientifiques du nord et du sud du pays, l'association belge de santé publique, consacrait pour la première fois son symposium sur le même sujet mais l'inaugurait sans qu'aucun des ministres ayant en charge la santé ne rehausse le colloque de sa présence.

Impact des inégalités à tous les étages

Quel sont les défis ? Au plan scientifique, il s'agit de comprendre ce qui produit ce qu'on appelle le « gradient social de la santé ». Il s'agit du fait que dans une population on observe que la catégorie sociale la plus favorisée se caractérise par des indicateurs sanitaires plus favorables que la catégorie immédiatement inférieure, et ainsi de suite quel que soit l'indicateur sanitaire utilisé. Les inégalités de santé reflètent ainsi la stratification sociale et donc les inégalités au sein de la société. Cette observation était connue depuis longtemps mais elle n'a été considérée comme un objet de recherche en tant que tel qu'à partir des années 1980. Les hypothèses d'explication du gradient de santé ont considéré les différences matérielles de conditions de vie, telles que les ressources financières, les conditions de travail, le logement ou encore l'environnement. Les comportements dits « à risque » comme la consommation de tabac ou d'alcool, l'alimentation déséquilibrée ou l'absence d'activité physique ont également été identifiés, étant plus fréquents dans les groupes au bas de l'échelle sociale. Toutefois, ces facteurs ne rendaient pas suffisamment compte de l'ampleur des différences de santé ni surtout du fait que l'inégalité de santé parcourt toute la société. Ce ne sont pas seulement les plus pauvres qui se distinguent par leur santé moins favorable mais l'inégalité existe

Dans tous les pays occidentaux, les inégalités sociales et économiques entre groupes sociaux se traduisent par des écarts de santé qui les reflètent fidèlement, c'est ce qu'on appelle les inégalités sociales de santé. Il ne s'agit pas ici de commenter la lapalissade « Mieux vaut être riche et en bonne santé que pauvre et malade » mais plutôt de dégager en quoi ces inégalités sociales de santé défient les politiques de santé mais également la communauté scientifique. Comprendre comment se produit l'inscription des circonstances de vie dans les corps en créant une hiérarchie sociale de la santé, comprendre le rôle joué par les soins, et mettre au point des stratégies politiques visant à réduire les inégalités sociales de santé inacceptables représentent pourtant de nouvelles questions sociales que la Belgique prend du retard à affronter. Le constat que les inégalités ne diminuent pas dans les pays où le niveau de santé général s'améliore et le fait qu'elles augmentent là où l'accessibilité aux soins est large, sont autant d'arguments qui devraient pourtant inciter notre pays à s'inscrire dans cette problématique. Ce n'est semble-t-il pas le cas. Lors du sommet européen organisé

Mots clé : inégalités de santé, santé publique, politique de santé

SOCIALES DE
SANTÉ

également au sommet de la hiérarchie, entre les groupes les plus favorisés. En effet, la position relative dans la hiérarchie sociale joue également un rôle. Différentes composantes du stress, au travail et dans la vie sociale, ont été étudiées dans leurs liens avec les éléments constitutifs de la position et du statut social des individus et pour leurs effets sur la vulnérabilité et sur la sensibilité aux maladies. Enfin, les recherches ont fait intervenir le facteur temps dans les modèles explicatifs. Certaines maladies résultent d'une accumulation de faits et de situations antérieures. Sans entrer dans les détails, la petite enfance ou la naissance par exemple, représentent des périodes critiques dans la mesure où l'état de santé dans cette période a des conséquences sur la santé à l'âge adulte ; l'adolescence représente une période critique pour les pathologies du tabagisme à l'âge adulte, etc ... L'identification de « périodes critiques » du cours de la vie offre ainsi la possibilité de distinguer des cibles d'intervention pour les politiques de santé.

Des variations sous les tendances dominantes

Le rôle joué par les soins médicaux dans la production des inégalités sociales de santé a été moins exploré. Tout simplement parce que l'amélioration générale de la santé des populations est considérée comme assez peu dépendante du niveau de consommation des soins, et parce que les inégalités subsistent dans des pays où l'accessibilité aux soins est large. En outre, les inégalités de santé sont avant tout des variations sociales au niveau de l'incidence des maladies (à savoir le nombre de nouveaux cas apparaissant dans un milieu sur une période donnée) et cela donc, par définition, avant que l'action réparatrice des soins ne joue un rôle. Les nombreuses études basées sur des données internationales ont montré de manière constante l'association entre position sociale et santé mais également des variations au niveau de l'intensité de cette association. Il semble bien établi que les systèmes de santé n'expliquent pas les inégalités de santé mais qu'ils sont susceptibles de les accentuer ou de les affaiblir. Des dif-



férences entre l'utilisation théorique qu'un système de soins prévoit et l'utilisation réelle par l'ensemble de la population couverte sont mises en exergue à cet égard : par exemple, dans les milieux les plus pauvres, c'est l'utilisation de services hospitaliers de garde comme services de première ligne, la sous-utilisation des soins dentaires et d'ophtalmologie, de lunetterie, de santé mentale, des dépistages mais aussi la surconsommation des soins spécialisés dans les milieux les plus favorisés, etc... Des différences sociales dans l'utilisation des soins sont liées à l'information, aux rôles sociaux, aux variations sociales de l'offre et de la demande de soins, mais certaines inégalités s'observent également dans les traitements et les prestations de soins qui ne s'expliquent que par les rapports sociaux qui s'établissent entre soignants et patients.

Au final, les recherches se poursuivent dans les lignes décrites et un consensus s'est établi quant à l'existence et la force de déterminants sociaux de la santé, mais il revient à la décision politique de déterminer quelles inégalités sont consi-

dérées comme inacceptables et injustes et sur quels leviers pousser pour les réduire. Or la traduction politique est peu développée et peu claire. Les responsables des politiques sanitaires ont d'autant plus difficile à franchir le pas qu'il faut à l'évidence impliquer d'autres leviers que celui des soins de santé pour réduire les inégalités sociales de santé et qu'il est nécessaire de commencer par reconnaître ses propres difficultés à prendre en compte la dimension sociale des problèmes de santé, quand il ne faut pas remettre en cause certains programmes bien installés qui accentuent probablement les inégalités par l'absence de stratégies pour en soutenir l'accès des plus marginaux.

Notre pays à la traîne

L'examen comparé des stratégies des pays européens visant la réduction des inégalités sociales de santé a été rendu public lors du sommet européen de Londres en octobre dernier. Alors que l'Organisation mondiale de la santé a explicitement recommandé d'améliorer l'équité en santé, le rapport constate des lacunes importantes simplement pour documenter ce sujet dans les différents pays. La Belgique marque d'ailleurs un retard évident sur ce plan. Il souligne également la rareté des évaluations de politiques et de programmes de réduction des inégalités, obligeant chaque état à des innovations parfois sans arguments fiables. En tout état de cause, aucun pays européen n'a retenu pour cible la réduction du gradient social de santé qui parcourt toute la société alors que toutes les études le mettent en évidence, quel que soit l'indicateur de santé utilisé. Lorsqu'ils ont mis au point des stratégies, les pays européens ont surtout cherché à diminuer l'écart relatif entre le groupe le plus défavorisé et les autres parce que l'augmentation des inégalités de santé est principalement due au fait que l'état de santé des classes les plus favorisées s'améliore comparativement plus vite et bénéficie de manière plus intense de toute ressource nouvelle. L'Ecosse et le Pays de Galles ont, quant à eux, centré leurs programmes et stratégies sur les personnes vivant en situation de pauvreté et les exclus sociaux dans des zones

géographiques particulières, au risque de passer à côté des populations pauvres localisées dans des zones plus riches, sans viser les inégalités touchant l'ensemble de la société. Ces politiques n'agissent pas sur les facteurs de l'inégalité et ont ainsi peu d'impact sur les différences entre groupes sociaux (souvent, les différences augmentent même).

Les pays européens n'ont pas encore tous établi explicitement une politique d'équité en santé et de réduction des inégalités sociales de santé. Lorsqu'elle existe, le point critique réside dans le degré d'intégration transversale des différents départements impliqués et la précision des cibles. Le défi réside surtout dans la volonté de ces pays d'évaluer l'impact de leurs actions et de faire connaître leurs résultats pour que d'autres puissent s'en inspirer. Ces informations offrirait à leur tour des opportunités de recherches plus fines sur les systèmes de santé et sur les déterminants sociaux de la santé. ●

Cet article est une actualisation par l'auteur de l'article original paru dans « Politique, revue de débats » en février 2006.

SOCIALES DE
SANTÉ

Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique

Depuis plusieurs années, la littérature scientifique s'attache à mettre en évidence le fossé existant entre les couches sociales en matière de santé. Parallèlement, le plaidoyer pour une approche holistique de la problématique des inégalités socio-économiques de santé émerge lentement mais sûrement.

A l'initiative de la Fondation Roi Baudouin, le Département de Médecine générale et des Soins de Santé primaire de l'Université de Gand, en collaboration avec le Département de Médecine générale de l'Université Libre de Bruxelles, mène actuellement une étude sur les inégalités sociales de santé.

Cette recherche a pour objectifs de dresser l'état des lieux des inégalités de santé en Belgique et d'analyser des exemples de prise en charge de ces inégalités de santé par les pouvoirs politiques dans notre pays ou en Europe. Le but final étant de proposer des priorités de réflexion et d'action pour la Belgique.

Etape préliminaire de cette recherche, le dossier présenté dans ce numéro de Santé Conjuguée met en évidence les relations entre les inégalités socio-économiques et l'état de santé tout en apportant des éléments d'explication susceptibles d'amorcer la réflexion. Une attention particulière est accordée au phénomène du gradient social en matière de mortalité et de morbidité en Belgique. Les deux principales théories explicatives des inégalités socio-économiques de santé sont également synthétisées.

La population des pays industrialisés n'a jamais été en aussi bon état de santé : les maladies infectieuses, qui étaient il y a 100 ans une cause de mortalité majeure, sont aujourd'hui sous contrôle. A l'exception du SIDA et d'affections nouvelles telles le SARS ou de la persistance d'affections anciennes telle la tuberculose, les maladies infectieuses ne sont désormais plus considérées comme dangereuse en terme de santé publique. Cette dernière décennie a également confirmé que, entre 1970 et 1998, l'espérance de vie s'est accrue d'en moyenne 6,4 années en Europe. Il n'y a pas de données disponibles concernant la tendance de l'espérance de vie en Belgique.

Revers de la médaille, les différentes classes sociales ne bénéficient pas dans une même mesure de ces avancées globales en matière de santé et d'espérance de vie. Les populations issues des classes socio-économiques élevées – possédant un diplôme d'étude supérieure, gagnant un revenu élevé et vivant dans des quartiers prospères – vivent plus longtemps et sont en meilleure santé que les personnes appartenant aux classes socio-économiques basses. L'expression « inégalités socio-économiques de santé » est souvent utilisée pour exprimer cette différence. Elle recouvre les différences systématiques qui existent en matière de santé entre les personnes occupant une position élevée ou basse dans la stratification sociale. Mais les inégalités socio-économiques de santé ne se résument pas à une simple différence entre la classe la plus haute et la classe la plus basse. En effet, il a été démontré que l'état de santé connaît une gradation : chaque fois qu'un individu gravit un échelon de l'échelle sociale, il réduit son risque de maladie et de mort prématurée.

Inégalités socio-économiques de santé en chiffre

● Comment mesurer les inégalités socio-économiques de santé ?

Divers indicateurs peuvent être utilisés pour définir la position d'une personne sur l'échelle

Dr. Sara Willem's¹, Ilse Van de Geuchte¹, Dr. Valérie Alaluf², Joke Impens¹, Dr. Iris Van Nespen², Nathalie Maule², Pr. Michel Roland², Pr. Jan De Maeseneer¹.

(1) Département de Médecine générale et des Soins de Santé primaires, Université de Gand.

(2) Département de Médecine générale, Université Libre de Bruxelles.

Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin.

Mots clés : inégalités de santé, santé publique, sociologie de la santé, travail et santé, alimentation, tabagisme.

sociale. La majorité des indicateurs concerne l'individu lui-même : la profession, le nombre d'années d'éducation, les revenus ou les biens possédés (propriété d'un logement). Le quartier de résidence est également de plus en plus utilisé pour définir la position sociale. Il est présumé que les quartiers défavorisés sont moins sûrs, connaissent une plus grande criminalité, disposent de moins d'espaces verts, offrent moins d'opportunités de loisirs et moins de possibilités de soins de santé, etc... Le fait d'habiter un quartier défavorisé a ainsi un impact sur les chances de mener une vie saine et cela indépendamment des caractéristiques personnelles de l'individu.

C'est dans cette optique que l'étude « La santé dans les grandes villes » réalisée par l'université de Gand et l'université de Bruxelles à l'initiative du SPP « Intégration Sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie Sociale » examine l'état de santé des habitants des quartiers défavorisés par rapport à celui des habitants de quartiers non défavorisés en milieu urbain et non urbain.

Pour définir si un quartier est, ou n'est pas, défavorisé, la Belgique dispose d'un atlas intitulé « Structures sociales et quartiers en difficulté dans les régions urbaines belges » développé par Kesteloot et Vandermotten (2001). Cet atlas

propose une mesure de synthèse qui classe les quartiers des 17 plus grandes agglomérations de Belgique selon le type de « privation » et d'exclusion sociale (revenus, accès au marché du travail, diplôme et profession, habitation, monoparentalité, nationalité).

● **Inégalités sociales face à la mortalité**

1. Espérance de vie et risque de décès

L'inégalité face à la mortalité selon la profession, les revenus ou le niveau d'éducation constitue un phénomène général dans les pays industrialisés. Quel que soit le pays et les méthodes de recherche, il est prouvé que les personnes issues d'une strate sociale donnée ont une espérance de vie moindre que celles des strates supérieures.

Selon les résultats de recherche de la Base de données nationale de mortalité, il apparaît qu'en Belgique aussi les risques de décès, des hommes comme des femmes, dépendent du niveau d'éducation, du statut professionnel et de la qualité de logement. L'espérance de vie d'un homme de 25 ans sans diplôme est inférieure de 5,5 années à celle d'un homme du même âge titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type long. A 45 ans, la différence entre ces 2 catégories passe à 4,4 ans. Chez la

Tableau 1 : Espérance de vie en Belgique à l'âge de 25 ans selon le sexe et le niveau d'éducation, 1991-1996/1997 (intervalle de confiance 95%)

Niveau d'éducation	Espérance de vie	
	Hommes	Femmes
Pas de diplôme	48.1 (48.0-48.2)	55.0 (54.9-55.1)
Primaire	48.2 (48.0-48.3)	55.6 (55.5-55.8)
Secondaire inférieur	50.0 (49.8-50.3)	57.3 (57.1-57.5)
Technique secondaire inférieur	50.4 (50.2-50.6)	57.8 (57.4-58.2)
Professionnel secondaire inférieur	50.0 (49.7-50.2)	57.0 (56.8-57.2)
Général Secondaire supérieur	50.6 (50.3-51.0)	57.5 (57.2-57.8)
Technique secondaire supérieur	51.2 (51.0-51.4)	58.1 (57.7-58.4)
Professionnel secondaire supérieur	50.9 (50.8-51.1)	57.6 (57.4-57.8)
Supérieur de type court	53.4 (53.1-53.6)	58.1 (58.0-58.3)
Supérieur de type long y compris universitaire	53.6 (53.4-53.8)	58.5 (58.0-59.0)
Total	49.59 (49.55-49.64)	55.87 (55.83-55.92)

Source : Bossuyt N, Gadeyne S, Deboosere P, Van Oyen H. Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. Public Health 2004 ; 118 : 310.

SOCIALES DE
SANTÉ

Une société organisée
en strates ...
... Allons-allons !

...Billevesées...

...Chez mon
coach, James !
... Et vite !



JIM PÉ ©

femme, la différence est de 3,5 ans au désavantage de la femme de 25 ans sans diplôme et de 3,1 ans à 45 ans.

La différence de risque de décès entre les classes socio-économiques hautes et basses se réduit au fur et à mesure que l'âge des individus augmente mais elle restera toujours présente. Par exemple, les hommes belges qui louent un logement ont un risque de décès plus élevé que les hommes du même âge qui sont propriétaires de leur logement (période 1991-1995). Ce risque de mortalité accru pour les personnes de statut socio-économique faible, mesuré selon la location/propriété du logement, diminue mais reste présent dans toutes les catégories d'âge.

Tableau 2 : Risque relatif de décès pour les hommes locataires de leur logement entre 1991 et 1995 par rapport aux hommes propriétaires de leur logement.

Catégorie d'âge	Risque relatif de décès pour les hommes locataires d'un logement
50-59	1,65
60-69	1,44
70-79	1,22
80-89	1,08

Source : M. Huisman, A.E. Kunst, O. Andersen e.a., (2004), « Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations », *Journal of epidemiology and community health*, 58(6), 468-75).

Les différences de mortalité apparaissent dès la naissance : le risque d'avoir un enfant mort-né est 2 fois plus élevé dans les familles « sans emploi » que dans les familles « avec emploi » ; c'est également le cas en ce qui concerne la mortalité infantile. Des données de 1995 attestent que les familles dont les deux parents sont chômeurs courent 2,8 fois plus de risque d'avoir un enfant mort-né et 1,7 fois plus de risque de le voir mourir peu après sa naissance que les familles dont au moins un des deux parents travaille. De même, les femmes non mariées ont 1,5 fois plus de risque de donner naissance à un enfant mort-né que les femmes mariées. De plus, ces inégalités socio-économiques en matière de mortalité pré et post-natales sont en augmentation.

2. Mortalité spécifique

Les inégalités sociales en matière d'espérance de vie se retrouvent dans tous les pays d'Europe. Par contre, les causes de mortalité responsables de ces inégalités ne sont pas identiques partout. En Angleterre, en Ecosse, en Irlande, au Danemark, en Norvège ainsi qu'en Suède et en Finlande, la mortalité due aux maladies ischémiques (infarctus, accidents vasculaires, etc...) est fortement associée à la profession mais ne l'est pas en France ni en Suisse, en Italie, en Espagne ou au Portugal. Dans ces pays du sud de l'Europe, la mortalité a surtout pour cause le cancer (à l'exception du cancer des poumons) et les affections du système digestif.

En ce qui concerne la Belgique, les inégalités socio-économiques en matière de mortalité spécifique sont constatées pour les maladies sur lesquelles la prévention a un impact important ; notamment la cirrhose du foie, le cancer de l'intestin, le suicide et les accidents.

C'est ainsi que 2,13 fois plus de cirrhose du foie sont diagnostiquées dans les quartiers socio-économiquement défavorisés que dans les quartiers plus aisés. Pour les chutes et les suicides, ces chiffres sont respectivement de 1,66 et 1,47 fois plus élevés. La même tendance

a été trouvée en ce qui concerne le cancer du poumon : les hommes ayant un faible niveau d'éducation et âgés de 40 à 49 ans ont 1,97 fois plus de risque de mourir de ce cancer que les hommes du même âge ayant un plus haut niveau d'éducation. Il en va de même pour les femmes de la même catégorie d'âge qui ont 1,31 fois plus de risque de mourir du cancer quand elles ont un faible niveau d'étude. Cette tendance se vérifie également pour le risque de décès par méningite.

Les maladies ischémiques, responsables de 2,7 millions de décès par an dans les pays industrialisés, apportent un tribut important aux inégalités socio-économiques en matière d'espérance de vie et de mortalité en Europe. En Belgique, les hommes et les femmes d'âge moyen et ayant un faible niveau d'éducation courent respectivement 1,41 et 1,84 fois plus de risque de mourir de maladie ischémique que ceux qui possèdent un niveau d'éducation plus élevé.

Dans une importante étude internationale qui compare différents pays d'Europe, Avenando met en évidence de grandes différences dans l'espérance de vie en tenant compte du risque de décès par suite d'un accident vasculaire cérébral selon le niveau d'éducation. Pour l'Europe, la différence moyenne d'espérance de vie des hommes de 30 ans avec un haut ou un faible niveau d'éducation est de 3,22 années. Pour les femmes, la différence est plus petite : 2,18 années. Si la différence de mortalité par accident vasculaire cérébral due au niveau d'éducation pouvait être éliminée, les différences d'espérance de vie pourraient être réduites respectivement de 7 % (0,24 ans) chez les hommes et de 14 % (0,31 ans) chez les femmes. Pour la Belgique, cette réduction serait de 5 % (0,15 ans) chez les hommes et de 9 % (0,23 ans) chez les femmes.

● Inégalités sociales dans le déroulement des maladies.

Les inégalités socio-économiques se retrouvent également dans les chances de survivre aux maladies. Les chances de survie après un cancer, une maladie cardiaque ou une infection VIH sont plus favorables aux personnes qui se trouvent en haut de l'échelle sociale.

Cette différence peut notamment s'expliquer par le fait que le diagnostic des maladies est posé plus tôt dans la population des classes socio-économiques élevées. Une seconde explication tient à la manière dont la prévention est organisée ; bien que les campagnes de prévention soient destinées à toutes les classes de la population, elles touchent souvent uniquement les classes les plus élevées. Un exemple éloquent est celui de la campagne contre le cancer du sein : en Belgique, ce sont principalement les femmes des classes socio-économiques élevées qui réagissent aux lettres de convocation pourtant envoyées à toutes les femmes de la classe d'âge concernée (50-69 ans). A l'occasion de la campagne médiatique, le pourcentage de dépistage a augmenté de 39 % chez les femmes ayant un emploi contre 23 % chez les femmes au chômage. Enfin, l'utilisation des soins de santé curatifs joue également un rôle. L'accès aux services de soins de santé en général et aux services spécialisés comme la chirurgie de pontage coronarien et l'angiographie en particulier comporte beaucoup plus de barrières pour les patients ayant un statut socio-économique faible que pour ceux ayant un statut élevé.

Tant pour la prise en charge des maladies psychiatriques que pour leurs traitements et leurs résultats, il y a des différences importantes en fonction du statut : les patients de faible statut socio-économique sont plus rapidement pris en charge dans un hôpital psychiatrique ou dans le département psychiatrique d'un hôpital général, mais ils reçoivent moins de traitement en termes de psychothérapie et montrent une évolution moins positive. En outre, le taux de rechute est le plus élevé dans l'avant dernière strate socio-économique (1,35 fois plus de risque de rechute que dans la plus haute strate socio-économique). La différence entre les strates socio-économiques se manifeste également en terme de mortalité : les patients issus des strates les plus faibles ont 1,79 fois plus de risque de décéder pendant leur traitement psychiatrique que ceux ayant un statut plus élevé.

● Inégalités sociales dans l'apparition de la maladie

Bossuyt et ses collègues (2004) se sont basés



Tableau 3 : Espérance de vie **en bonne santé** en Belgique à l'âge de 25 ans selon le sexe et le niveau d'éducation, 1991- 1996/1997. (IC à 95%)

Niveau d'éducation	Espérance de vie en bonne santé	
	Hommes	Femmes
Pas de diplôme	28.1 (23.6-32.6)	24.4 (19.8-29.0)
Primaire	30.8 (28.7-32.8)	29.8 (27.4-32.3)
Secondaire inférieur	33.1 (30.3-36.0)	34.7 (31.9-37.4)
Technique secondaire inférieur	36.5 (33.9-39.1)	30.8 (27.2-34.4)
Professionnel secondaire inférieur	38.0 (35.4-40.5)	40.3 (37.7-42.8)
Général Secondaire supérieur	37.6 (34.2-41.0)	40.5 (36.8-44.1)
Technique secondaire supérieur	40.8 (38.9-42.8)	44.9 (41.8-48.0)
Professionnel secondaire supérieur	42.6 (40.7-44.5)	46.5 (44.3-48.8)
Supérieur de type court	46.0 (43.9-48.1)	41.6 (39.0-44.2)
Supérieur de type long y compris universitaire	45.9 (44.3-47.5)	49.1 (46.6-51.6)
Total	37.5 (36.8-38.2)	37.6 (36.8-38.5)

Source : Bossuyt N, Gadeyne S, Deboosere P, Van Oyen H. Socio-economic inequalities in health expectancy in

sur l'Enquête Nationale de Santé de 1997 et la Base nationale de données de la mortalité pour calculer l'espérance de vie **en bonne santé** des différents groupes socio-économiques. Il apparaît qu'à 25 ans les hommes ont en moyenne une espérance de vie en bonne santé de 37,5 ans. Pour ceux ayant un niveau d'éducation faible, cette espérance de vie en bonne santé est de 28,1 ans à 25 ans tandis que pour ceux possédant un diplôme de l'enseignement supérieur de type long, elle est de 45,9 ans, soit une différence de 17,8 années. Chez les femmes, la différence est encore plus grande, à savoir 24,7 années de différence d'espérance de vie en bonne santé à 25 ans. Des résultats semblables se retrouvent pour la différence d'espérance de vie générale et la différence d'espérance de vie en bonne santé mentale. Ces chiffres mettent donc en évidence que les inégalités socio-économiques de santé se manifestent non seulement en termes d'années à vivre mais également et encore plus en termes d'années à vivre en bonne santé.

La littérature scientifique internationale indique que la plupart des affections sont plus fréquentes parmi les classes socio-économiques faibles : maladies coronariennes, cancers liés au tabagisme, problèmes de santé psychique, diabètes de type I, affections dentaires, lombalgies, etc...

En Belgique, l'Enquête de Santé constitue une base de données importante sur le gradient social par rapport aux différentes affections rapportées et à la perception de leur santé par les individus eux-mêmes. Cette enquête révèle notamment que les personnes de faible statut socio-économique disent souffrir de plus de maladies chroniques, avoir plus de difficultés liées à un handicap de longue durée et plus de risques de handicap de courte durée. Elles ont une image moins positive de leur état de santé actuel et de leur état de santé psychique que les personnes d'un statut socio-économique supérieur. Seules 60,2 % des personnes issues du groupe socio-économique faible se considèrent en bonne ou très bonne santé alors que cette proportion est de 86,5 % dans le groupe ayant le niveau d'éducation le plus élevé. De même, les personnes d'un statut faible rapportent en moyenne 1,71 maladies chroniques contre 0,98 maladies chroniques pour celles d'un statut plus élevé. En termes de condition physique, la différence entre les deux groupes étudiés se renforce. Sur base d'un score maximum de 100 évaluant la condition physique, les personnes des classes sociales basses obtiennent une moyenne de 77,1 % contre un score de 94,1 % pour celles des classes élevées.

Les différences socio-économiques en termes de morbidité se manifestent dès le plus jeune

âge. En 1995, les enfants ayant leurs deux parents chômeurs avaient un risque 1,58 fois supérieur de naître avec un petit poids par rapport aux enfants dont au moins l'un des parents travaille. Cette première catégorie d'enfants courait également 1,4 fois plus de risque de naissance prématurée. Ces 2 risques s'élevaient respectivement à 1,64 et 1,33 pour les mères non-mariées par rapport aux mères mariées.

Modèles explicatifs

Il existe de nombreuses théories sur les mécanismes qui sous-tendent la relation entre les inégalités sociales et les différences de statuts socio-économiques. La compréhension de ces mécanismes n'a pas qu'un intérêt théorique, mais constitue une plus value importante d'un point de vue pratique, notamment pour le développement d'une stratégie efficace de promotion de la santé.

D'un point de vue général et à côté du modèle artefact, deux types d'explication des différences en matière de santé, morbidité et mortalité peuvent être distinguées : le modèle basé sur les mécanismes de mobilité sociale sélective et le modèle explicatif de la cause sociale.

● Mobilité sociale sélective

Ce modèle pose que les inégalités socio-économiques de santé naissent par une sélection en matière de santé au cours de la mobilité sociale. La mobilité sociale décrit le fait de monter ou descendre d'une classe sur l'échelle sociale, elle peut se produire entre deux générations ou au sein d'une même génération, et être directe ou indirecte.

Dans le cas de la sélection **directe**, la mobilité sociale est la conséquence directe d'un bon ou d'un mauvais état de santé. Les personnes souffrant d'un état de santé moins bon descendent dans l'échelle sociale tandis que celles en meilleure santé ont une mobilité sociale ascendante. Cela a pour effet une concentration de personnes présentant plus de problèmes de santé dans les catégories socio-économiques les plus faibles et, par conséquent, un risque de décès plus élevé dans ces catégories.

Le mécanisme de sélection **indirecte** pose que les facteurs qui causent la mobilité sociale descendante ou ascendante influencent également l'état de santé d'un individu à long terme. Ces facteurs sont donc la cause de la mobilité sociale descendante comme celle de la morbidité à un âge plus avancé. L'attitude envers le futur d'une personne est un exemple de ces facteurs d'influence. Cette attitude peut influencer la décision de s'investir ou non dans une formation professionnelle et, par-là, concourir à une mobilité sociale descendante ou ascendante. De même, une attitude favorable face à l'avenir peut également influencer le comportement en matière de santé (pratique de l'exercice physique, régime alimentaire, consommation de tabac ou d'alcool), ce qui se répercutera sur la santé, la morbidité et la mortalité. L'état de santé et le statut socio-économique peuvent donc être reliés via certains facteurs communautaires (déterminants) tel la perception face à l'avenir.





Des recherches montrent qu'il existe effectivement une mobilité sociale descendante dépendant des problèmes de santé (descente sur l'échelle sociale causée par la maladie) mais que l'impact de ce mécanisme est minime et ne peut expliquer les inégalités de santé. De même, le mécanisme de sélection indirecte est confirmé mais sans pour autant être capable d'expliquer les différences de mortalité et de morbidité entre les groupes sociaux.

● Causalités sociales

Le troisième modèle explicatif pose que la situation socio-économique d'un individu influence son état de santé. De ce point de vue, la santé d'un individu est le résultat de sa situation socio-économique. Cette influence ne s'exerce pas directement mais par l'intermédiaire de divers facteurs.

Deux angles d'approche peuvent être distingués. Le premier se concentre sur les conditions de vie et est souvent appelé « facteur structurel » dans la littérature. Le second étudie l'influence du savoir, des attitudes, des valeurs, des comportements et du style de vie sur la santé ; il est habituellement dénommé « facteur culturel ».

1. L'approche structurelle

L'approche structurelle recouvre une large gamme de situations matérielles, psychosociales, conditions de vie, d'habitat et de travail. Bien que les conditions de vie – surtout matérielles – se soient améliorées ces dernières décennies dans le monde occidental, les personnes ayant un faible statut socio-économique sont encore confrontées à des conditions de vie moins saines que les personnes de statut socio-économique plus élevé.

Une explication traditionnelle des inégalités socio-économiques de santé est celle de la privation économique. Un manque de moyen financier se traduit par un habitat peu sain et avec moins d'espace, situé dans un quartier peu sûr et offrant moins de possibilités de loisirs pour les enfants. Ce manque de moyen fait obstacle à une alimentation saine, rend plus difficile l'accès aux structures de sport ou de loisir et entrave l'utilisation des soins de santé.

Cependant, il est également démontré que certains comportements nuisibles à la santé, comme par exemple le tabagisme, sont quand même plus fréquents au sein des groupes de faible statut socio-économique.

Les conditions matérielles de travail sont moins favorables aux groupes de faible statut socio-économique : travail physique plus dur, exposition aux déchets, aux nuisances sonores, à la fumée, aux vibrations, aux matières explosives, aux poussières et aux situations dangereuses.

Les personnes exerçant un métier de faible statut sont aussi soumises à un contexte psychologique de travail moins favorable. Elles ont notamment plus souvent à remplir des tâches monotones et ont un faible pouvoir décisionnel quant à celles-ci, ce qui peut occasionner un stress supplémentaire. Ainsi, il a été démontré que moins un individu a droit à la parole concernant son travail, plus son risque de maladie coronarienne est grand. Le lien entre le statut socio-économique et maladies coronariennes pourrait au moins en partie s'expliquer de cette manière.

Mais il y a également dans les conditions de vie des éléments non matériels qui influencent l'état de santé et qui sont répartis inégalement selon les groupes socio-économiques. Il existe une importante littérature scientifique sur l'impact des éléments de stress — tels que le décès d'un conjoint, la démission, le divorce et les problèmes financiers — sur la santé psychique et physique. Les événements causés par le stress sont associés négativement avec le statut socio-économique et peuvent expliquer les inégalités en matière de santé psychologique et en matière de bien-être.

En outre, les personnes de faible statut socio-économique semblent avoir un réseau social moins important et une moindre possibilité de faire appel à un soutien social. Cela a un impact sur leur état de santé parce que le réseau et le soutien social sont des éléments cruciaux dans la gestion des facteurs de stress.

Les conditions de vie dans lesquelles une personne a été élevée ont également une influence indépendante sur son état de santé à l'âge adulte.

Cela signifie qu'en accordant aujourd'hui une attention particulière au milieu dans lequel les enfants grandissent, il est possible d'influencer positivement leur état de santé à l'âge adulte.

On peut conclure que les différents aspects des conditions de vie – des plus matérielles (logement) aux moins matérielles (soutien moral) – influencent significativement l'état de santé et sont distribués différemment selon les groupes sociaux. Une approche de la problématique des inégalités sociales de santé par les facteurs structurels implique donc des mesures sociales, économiques et politiques plutôt que des interventions centrées sur l'individu lui-même.

2. Les facteurs culturels

Des études épidémiologiques ont démontré que le comportement individuel relatif au tabac, à l'activité physique, aux habitudes alimentaires, à l'utilisation des structures de soins de santé préventives est en étroite relation avec la santé et la maladie. Le style de vie constitue par conséquent un objectif important pour les interventions de santé publique et cela d'autant plus qu'il est considéré comme modifiable. Les principales causes de mortalité actuelles, telles que le cancer ou les affections cardiaques, sont dans cette optique la conséquence d'un comportement individuel à risque. Le meilleur remède étant dès lors le changement de comportement.

Les groupes socio-économiques bas présentent un profil de risque plus important. La consommation de tabac se retrouve plus fréquemment chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction, un faible statut professionnel et des revenus peu élevés. En Belgique, toutes les enquêtes montrent que les personnes avec un faible niveau d'éducation fument plus que celles avec un niveau d'éducation élevé, les chiffres de 2001 confirment que la différence atteint jusqu'à 8 %. Une relation du même type se retrouve également avec l'indicateur « revenus » : plus la catégorie de revenus est haute, moins elle compte de fumeurs (24 % contre 31 à 33 % pour les catégories les plus basses).

Des liens entre d'autres types de comportement à risque et statut socio-économique ont également été trouvés. A Glasgow, Edimburgh et Varna la quantité de fruits et légumes consom-

mée est moindre chez les personnes ayant un niveau d'instruction plus faible. En Flandres comme en Allemagne et en Ecosse, l'obésité est plus fréquente chez les ouvriers que chez les employés. L'Enquête Nationale de Santé en Belgique (2001) décrit également cette relation : 70 % des personnes ne possédant pas de diplôme ont un BMI supérieur à 25 contre 27 % des personnes possédant un diplôme de l'enseignement supérieur. Cette association est présente dès le plus jeune âge. Les filles issues du groupe socio-économique le plus faible ont quasiment deux fois plus de risque de présenter un surpoids (BMI > 25). Les chiffres sont encore plus parlants en ce qui concerne l'obésité sévère : les filles de 12 ans issues du groupe socio-économique le plus bas ont un risque 5 fois supérieur que celles du groupe le plus élevé de souffrir d'une obésité sévère.

Une consommation exagérée d'alcool est également plus fréquente parmi les personnes de faible niveau d'instruction. Les jeunes issus des familles de faible statut socio-économique ont plus souvent des rapports sexuels sans protection ou avec une méthode de contraception peu fiable que ceux des familles d'un statut plus élevé. Une étude finlandaise a calculé que par rapport à celle des employés, la moitié de la surmortalité des ouvriers sans diplôme peut être expliquée par la présence de plus de facteurs de risques de mortalités cardio-vasculaires (tabagisme, hypercholestérolémie, hypertension, BMI et manque d'activité physique pendant les loisirs).

Les comportements en matière de santé sont le résultat des connaissances, perceptions, attitudes et valeurs. Certains groupes socio-économiques ont des connaissances incomplètes ou fausses concernant, par exemple, le cancer de la peau, la préparation d'un repas sain et équilibré, les conséquences du tabac, l'utilisation correcte des moyens contraceptifs ou le danger d'intoxication au CO. Or, l'adoption d'un style de vie sain suppose une connaissance et une compréhension de ce que cela comprend.

Les attitudes, les valeurs et les normes (sub)culturelles sont également associées au comportement. Si peu d'intérêt est accordé à l'état de santé, on sera moins enclin à adopter un style de vie plus sain.

SOCIALES DE
SANTÉ

Par ailleurs, les caractéristiques de personnalité telles les sentiments d'impuissance ou de maîtrise (*locus of control*) déterminent les relations d'un individu avec son environnement et par-là, son état de santé. Le *locus of control* peut se définir comme le degré de contrôle qu'un individu considère avoir sur sa propre vie. Une personne avec un haut degré de contrôle interne s'adaptera plus facilement à une situation problématique et pourra ainsi mieux répondre au stress. Par contre, un sentiment d'impuissance réduit la volonté et la motivation à affronter ses problèmes avec pour conséquence que la personne reste dans la situation problématique. Le niveau de revenu, le statut professionnel et le niveau d'instruction sont tous positivement associés avec la perception de contrôle interne et peuvent notamment expliquer la différence de fréquence de la dépression entre les classes sociales.

3. Comportements associés à la santé et style de vie : un choix individuel ?

Il est souvent supposé que le comportement et le style de vie d'un individu relèvent d'un choix personnel. Pourtant un comportement est aussi la résultante du contexte social dans lequel un individu a grandi et vit. Les différences de comportement ne peuvent donc pas être entièrement attribuées à un choix exercé librement mais trouvent leur origine dans le contexte social. Les habitudes alimentaires par exemple sont développées en majeure partie pendant l'enfance et l'adolescence. Ce qu'une personne mange ne dépend pas seulement de ses connaissances en matière de nourriture mais aussi de la nourriture disponible à la cantine ou de ses moyens financiers pour se procurer une nourriture saine. Il en va de même pour l'abonnement à un club de sport qui suppose qu'il n'y ait pas d'empêchement financier ou culturel.

Les comportements qui semblent irrationnels ne sont parfois qu'un moyen pour adoucir l'impact de l'environnement social. C'est par exemple le cas des personnes qui se réfugient dans l'alcool pour échapper aux problèmes quotidiens.

Les campagnes de prévention tentent d'intervenir sur les connaissances, attitudes, valeurs et normes dans l'espoir de modifier les comportements. Or, ces campagnes sont souvent ina-

déquate parce qu'elles ne tiennent pas compte des conditions de vie des groupes socio-économiques les plus faibles ; de sorte qu'elles n'ont souvent que très peu d'influence sur ces groupes.

La personnalité même d'un individu, bien qu'extrêmement personnelle, trouve son origine dans la structure sociale, le contexte historique et la culture dans lequel un individu grandit, travaille et vit. Une caractéristique de personnalité comme le sentiment d'impuissance se construit parce qu'un individu n'est pas en mesure de répondre à ses objectifs, rencontre des difficultés et des chances inadéquates ou exerce un travail dans lequel il ne peut s'épanouir.

Le rôle des services de soins de santé face aux inégalités socio-économiques

La recherche relative aux structures de soins de santé peut aussi bien être entreprise à travers les études qui traitent des comportements et du style de vie qu'à travers celles qui se concentrent sur les conditions de vie et les facteurs structurels. L'utilisation des services de santé présuppose toujours un certain comportement mais dépend aussi de facteurs structurels comme l'accessibilité et la qualité des services proposés.

De nombreuses recherches ont démontré que le statut socio-économique est lié à une utilisation différente des services de soins. En règle générale, les personnes ayant un faible statut socio-économique ont une utilisation quantitativement plus importante des services de santé. Mais si l'utilisation des services de soins de santé est comparée uniquement entre individus ayant des besoins de soins comparables, la différence n'est plus aussi marquée. Les études après ajustement pour l'état de santé montrent souvent – mais pas toujours – que les personnes de faible statut sont plus enclines à consulter un généraliste tandis que les personnes de statut élevé auront plus de contact avec les médecins spécialistes.

En outre, même s'il n'y a pas de différence en

terme quantitatif, il peut y avoir des différences en termes de qualité des soins reçus. Une étude de 1997 fait apparaître que les médecins généralistes consacrent moins de temps à leurs patients issus des groupes socio-économiques faibles.

De même, l'utilisation des services de santé préventive est généralement inférieure dans les groupes de faible statut par rapport aux groupes de statut socio-économique élevé. Des chercheurs espagnols sont ainsi arrivés à la conclusion que les enfants des familles à revenus élevés ou avec un niveau d'instruction élevé font un plus grand usage des services de santé préventifs malgré le fait que ces services soient gratuits. En Flandres, ce sont principalement les femmes avec un haut niveau d'éducation qui bénéficient du dépistage pour les cancers de la matrice. La participation aux actions de prévention du cancer du sein à Gand est faible dans les quartiers « à problèmes » caractérisés par un taux d'inactivité important et un haut pourcentage de bénéficiaires du CPAS. ●

Les données rapportées dans ce texte reposent sur de très nombreuses études scientifiques bien documentées. Pour faciliter la lecture, nous en avons retiré les références. Le texte avec références scientifiques complètes peut être obtenu auprès du secrétariat de rédaction.



SOCIALES DE SANTÉ

Les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé

.....

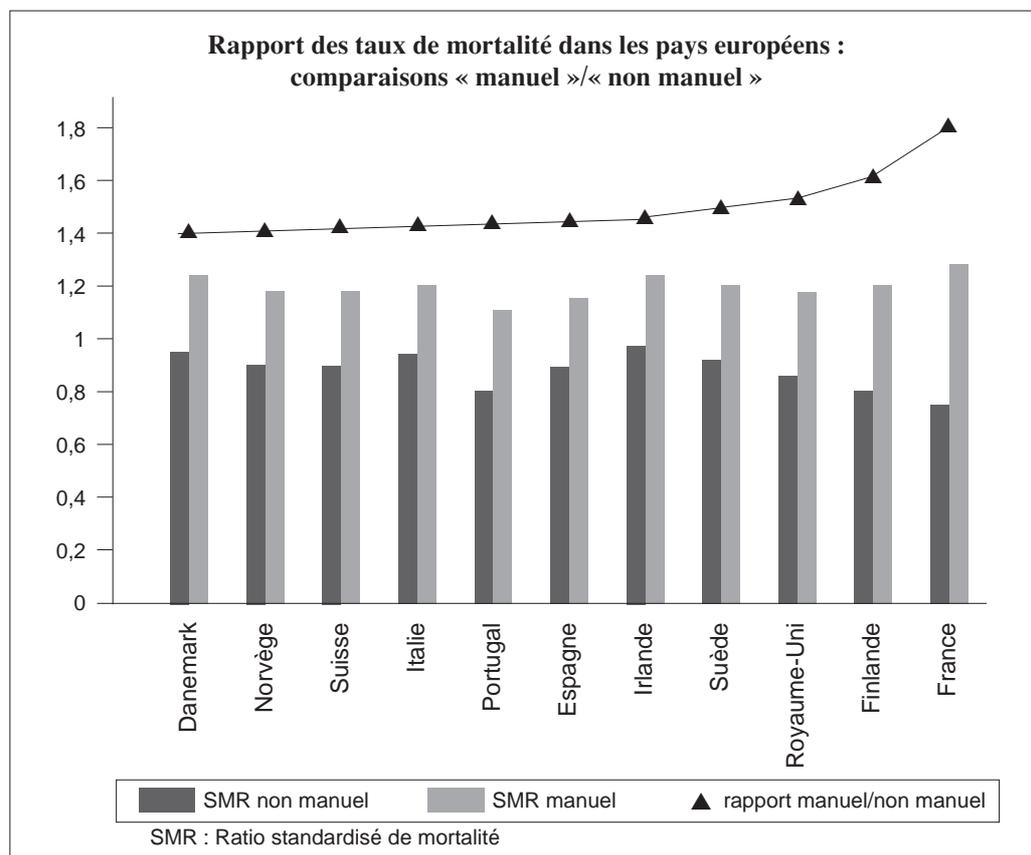
L'article précédant décrivait les inégalités de santé en Belgique et en proposait des modèles explicatifs ainsi qu'une analyse du rôle du système de soins, que le texte suivant, d'origine française, contextualise et développe.

.....

Dans beaucoup de pays, des inégalités sociales de santé importantes persistent ou même s'aggravent. Les recherches menées sur les facteurs explicatifs de ces inégalités ont envisagé diverses hypothèses : les conditions de vie, les comportements à risque, la causalité inverse selon laquelle les écarts d'état de santé produiraient des différences de revenu. Un courant de recherche plus récent oriente l'analyse vers l'effet direct de la hiérarchie ou de la structure sociale sur la santé.

Dans ces recherches sur les inégalités sociales de santé, le rôle du système de santé et des soins est aujourd'hui très peu considéré. Ceci vient d'une part d'un courant de pensées qui relativise globalement l'impact des soins sur l'état de santé et surtout du constat que les inégalités demeurent, voire s'accroissent, dans des pays qui ont instauré un accès aux soins, libre et gratuit. Pour autant, plusieurs mécanismes peuvent conduire à des différences d'accès effectif qui peuvent aussi sans doute contribuer

Agnès Couffinhal (OMS), Paul Dourgnon (IRDES), Pierre-Yves Geoffard (PSE), Michel Grignon (McMaster University), Florence Jusot (IRDES), John Lavis (McMaster University), Florence Naudin (CETAF), Dominique Polton (IRDES).



Mots clés : inégalités de santé, santé publique, sociologie de la santé

à renforcer des inégalités existantes, comme le montrent certains travaux empiriques. Dès le XVIII^{ème} siècle, les premiers travaux démographiques ont mis en évidence des différences de mortalité entre groupes sociaux. Ces inégalités restent aujourd'hui encore très élevées. En France, d'après les estimations de Mesrine (1999) réalisées sur la période 1982-1996, un cadre de 35 ans a encore en moyenne 44,5 ans à vivre, contre seulement 38 ans pour un ouvrier. L'écart est encore plus marqué entre les professions intellectuelles qui ont une espérance de vie à 35 ans de 46 ans, et les personnels de services directs aux particuliers pour qui celle-ci n'est que de 36,5 ans. En outre, ces inégalités ne se sont pas réduites sur longue période, le risque de décès des cadres ayant diminué plus vite que celui des ouvriers entre les années cinquante et les années quatre-vingt-dix (Desplanques, 1985, 1993 ; Mesrine, 1999).

(1) Une première hypothèse était que les inégalités de mortalité seraient dues à des erreurs de mesure.

Cependant, le suivi de plusieurs cohortes a depuis confirmé l'existence de ces inégalités de mortalité,

notamment la cohorte britannique issue du recensement de 1971 (Fox et Goldblatt, 1982) et la cohorte de fonctionnaires britanniques de la Whitehall Study (Marmot, 1986). Les erreurs de mesure avaient plutôt en fait conduit à sous-estimer l'ampleur des inégalités sociales de mortalité.

(2) Il s'agit des travaux du European Union Working group on Socio-Economic Inequalities in Health (Mackenbach et al., 1997).

Les modèles explicatifs des inégalités de santé

Historiquement, l'origine des inégalités sociales de santé a été recherchée dans les différences de conditions de vie et de moeurs, puis à partir du milieu du XX^{ème} siècle dans les conditions de travail et les conditions d'accès aux soins, l'ensemble pouvant expliquer que les pauvres soient en moins bonne santé que le reste de la population. Au début des années quatre-vingts, la publication du rapport de Lord Black (Black et al., 1982) a jeté un sérieux doute sur ce modèle de « pauvreté absolue » (Wilkinson, 1986). Non seulement les inégalités sociales de mortalité n'avaient pas disparu en Grande-Bretagne entre 1931 et 1981, mais elles avaient même eu tendance à augmenter, en dépit de l'amélioration générale des conditions de vie, de politiques d'amélioration des conditions de travail et de l'instauration du National Health service offrant à partir de 1948 un accès égalitaire aux soins. En outre, les inégalités sociales de santé ne se réduisaient pas à une opposition entre pauvres et non-pauvres, manuels et non-manuels. Il s'agissait en fait d'un véritable gradient social de santé, le risque de décès se réduisant tout au long de la hiérarchie sociale, ce qui ne pouvait pas être uniquement expliqué par les conditions matérielles de vie.

Parmi les hypothèses envisagées par le rapport Black¹ figurait « l'effet de sélection » : les inégalités de mortalité ne seraient pas dues à un impact du statut social sur la santé, mais à l'inverse à un effet de la santé sur le statut social et sur la mobilité sociale. Les premiers résultats ont plutôt montré que cet effet ne semblait expliquer qu'une faible part des inégalités de mortalité. Ainsi Fox et Goldblatt (1986) et Marmot (1986) montrent que les différences de mortalité sont de même ampleur, que l'on considère la profession au moment du décès ou la profession qu'occupaient les individus plusieurs années avant leur décès.

Le débat n'est toujours pas tranché aujourd'hui ; les différents auteurs s'accordent sur l'existence d'un effet de la santé sur le risque de sortie du marché du travail, mais sont plus nuancés sur l'effet de la santé sur les salaires (Currie et Madrian, 1999).

L'absence d'explication environnementale des différences d'état de santé entre classes sociales a conduit à penser que ces inégalités sociales de santé étaient expliquées par les différences de comportements à risque : consommation de tabac et d'alcool, hygiène alimentaire... Ces différences sociales de style de vie ont été avancées par Kunst et al.² (2000) pour expliquer les différences d'ampleur des inégalités de mortalité dans les différents pays européens (cf. graphique page précédente). Celles-ci varient en effet dans les 11 pays étudiés et elles augmentent avec l'ampleur du gradient social de styles de vie (consommations néfastes pour la santé, sédentarité). Les inégalités de mortalité plus importantes en France, principalement dues à de fortes différences sociales de mortalité par cirrhose du foie et par cancer des voies aéro-digestives supérieures, seraient ainsi en grande partie expliquées par les différences sociales de consommation d'alcool.

Cependant, le suivi de la cohorte Whitehall a également remis en cause l'importance de ce facteur explicatif, en montrant que les différences d'état de santé entre grades de la fonction publique subsistaient après contrôle par l'ensemble des facteurs de risque connus : ainsi le tabac, le cholestérol, la pression sanguine, la sédentarité et la taille n'expliquent qu'un tiers des différences de mortalité par maladies coronariennes (Marmot, 2000).



De nombreuses recherches sur les causes des inégalités sociales de santé ont alors été menées au cours des années quatre-vingts et quatre-vingt-dix (Goldberg et al., 2002). Les recherches inscrites dans le programme d'épidémiologie sociale dépassent le modèle étiologique dominant en proposant, au-delà des facteurs de risque traditionnellement évoqués, de nouveaux déterminants de l'état de santé, qualifiés de déterminants sociaux de la santé (Marmot et Wilkinson, 1999 ; Berkman et Kawachi, 2000). En effet, l'existence du gradient social de santé, c'est-à-dire des différences d'état de santé à tous les niveaux de la hiérarchie sociale, y compris au sein de la population des fonctionnaires britanniques, a conduit à penser que les différences de santé n'étaient pas uniquement expliquées par le niveau de vie absolu, mais par l'effet de la position relative. Le sentiment de domination hiérarchique et de perte d'autonomie, notamment au travail, serait à l'origine de stress. La généralisation de cette hypothèse fait de l'absence de cohésion de la société un facteur de stress psychosocial, ayant des conséquences sur les pathologies mentales, les maladies cardiovasculaires et plus généralement sur la sensibilité de l'organisme aux maladies.

Parallèlement, un autre courant de recherche envisage les causes des inégalités sociales de santé tout au long du cycle de vie. Ainsi, les différences de conditions de vie qui, prises chacune isolément, ne peuvent constituer une explication suffisante, pourraient par accumulation engendrer une dégradation de l'état de santé et du statut social (Blane, 1999 ; Aïach, 2004). Les causes des différences de santé à l'âge adulte seraient même à rechercher dans l'enfance, la santé dans l'enfance ayant des conséquences sur la carrière (Wadsworth, 1986) et les conditions de vie dans l'enfance, voire in utero, ayant des conséquences sur la santé à l'âge adulte (Smith, 1999 ; Wadsworth, 1999).

Une faible attention portée au rôle des systèmes de soins

● Les soins améliorent-ils la santé ?

Depuis le constat du rapport Black, l'ensemble des recherches a exploré les causes des inégalités sociales hors du système de santé et de soins.

L'élimination de cette voie d'explication a été d'autant plus rapide que parallèlement, la communauté scientifique manifestait un doute sur l'impact même des soins sur l'état de santé des populations. Cette hypothèse de l'absence d'impact des soins sur la santé est née du constat historique de Mc Keown (1979), selon lequel les causes de décès qui ont le plus diminué au cours des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles sont des causes pour lesquelles aucun progrès n'avait été enregistré dans les sciences médicales à l'époque³. Evans et Stoddart (1994), généralisant cette idée, ont proposé un modèle dans lequel le niveau de soins consommés n'explique qu'une faible part du niveau de l'état de santé.

(3) McKeown a, par exemple, observé que l'essentiel de la baisse de la mortalité par tuberculose s'est produit au XIX^{ème} siècle, avant la découverte du bacille de Koch en 1882 et la mise au point du vaccin BCG en 1921.



(4) Si peu d'études en population générale permettent d'évaluer objectivement l'effet des soins sur l'état de santé, c'est que l'observation de la corrélation à un moment donné n'est pas interprétable, car l'état de santé est à la fois cause et conséquence du recours aux soins : à une date donnée, on observera que les individus les plus malades consomment le plus de soins. Il est donc nécessaire de disposer de données individuelles longitudinales afin d'observer l'effet d'une consommation de soins aujourd'hui sur l'état de santé futur. Or ce type de données est rarement disponible.

(5) Travaux présentés dans une précédente revue de la littérature : L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? (Dourgnon, Grignon, Jusot, *Questions d'économie de la santé* n° 43, 2001).

A l'inverse, d'autres auteurs soutiennent que les traitements médicaux, de plus en plus efficaces, expliquent une part importante des gains d'espérance de vie (Mackenbach, 2003).

Ce débat ne peut être tranché de manière décisive par les quelques études empiriques disponibles qui donnent des résultats contrastés⁴. Ainsi l'expérience de la Rand sur l'assurance santé semble-t-elle, en première approche, étayer l'hypothèse d'un faible impact des soins, puisque des individus ayant des niveaux de consommation de soins très différents ne montrent pas de différence significative d'état de santé général trois ou cinq ans plus tard (Newhouse, 1993), sauf malgré tout dans les domaines de la vision et de l'hypertension artérielle et, notamment, pour les pauvres. Cet impact d'un meilleur accès aux soins sur la santé pour des populations défavorisées a été également montré dans d'autres travaux nord-américains⁵. Mentionnons également, dans le cas français, les premiers résultats issus de l'analyse longitudinale de l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES, qui montrent, à état de santé initial donné, qu'un accroissement du recours aux soins de généralistes a un impact sur l'état de santé quatre ans plus tard, non pas en termes de nombre de maladies ou de risque vital, mais sur le plan de l'invalidité (Couffinhal et al., 2002).

Ceci viendrait à l'appui de l'hypothèse selon laquelle les traitements médicaux, s'ils ne permettent pas de faire disparaître les maladies chroniques, limitent en revanche leur impact sur l'incapacité fonctionnelle et la qualité de vie.

Une manière indirecte d'éclairer cette question de l'impact des soins sur la santé consiste à analyser la contribution à la réduction de la mortalité globale de la baisse de la mortalité pour des maladies sur lesquelles le système de soins a un impact. Les travaux les plus récents sur les pays de l'Union européenne (Nolte et Mc Kee, 2004) font apparaître que cette contribution est très significative dans la décennie quatre-vingts, plus faible dans la décennie quatre-vingt-dix, notamment dans les pays nordiques (elle reste élevée en Europe du Sud).

● Peut-on agir sur les inégalités de santé grâce au système de soins ?

Même si les soins contribuent à la santé, une autre question est de savoir si les inégalités d'accès à certains soins (au sens large, soins curatifs et préventifs) participent de la formation des inégalités de santé.

Dans l'ensemble, la recherche sur les inégalités sociales de santé considère que la réponse à cette question est plutôt négative.

Le premier argument est que d'une part la mise en place de systèmes de soins égalitaires n'a pas permis de réduire les inégalités sociales de santé, d'autre part il existe des inégalités d'état de mortalité pour des maladies pour lesquelles il n'existe pas de traitement satisfaisant (Mackenbach et al., 1989). C'est pourquoi Marmot et Wilkinson (1999) considèrent que les inégalités d'accès aux soins ne constituent pas une explication à étudier.

Un argument plus radical évoqué par Hertzman et al. (1994) est que, même si des soins de meilleure qualité ou plus accessibles peuvent supprimer certaines causes de décès engendrant des différences sociales de mortalité à un moment, d'autres causes viendront nécessairement les remplacer. Ceci s'expliquerait par une vitalité différente entre groupes sociaux, hypothèse qui semble en première approche confirmée par le constat d'une surmortalité associée au bas de l'échelle sociale pour toutes les causes de décès, à l'exception du SIDA (Jouglan et al., 2000). Link et al. (1998) développent ainsi le concept de « cause fondamentale » selon lequel les ressources financières, éducatives et sociales détermineraient la capacité d'un individu de se prémunir contre le risque de maladie. Les implications en termes de politiques publiques sont clairement énoncées : la réduction des inégalités passe surtout par une redistribution en amont (richesse, éducation), et l'investissement croissant fait dans le système de soins, au mieux, ne sert à rien en termes de réduction des inégalités, au pire, évince d'autres fonctions collectives ou dimensions de la protection sociale qui seraient plus efficaces à ce titre.



Cependant, même si ce n'est pas prioritairement par le système de santé qu'il faudrait agir, ne peut-on agir aussi via celui-ci ?

C'est ce que suggèrent Van Doorslaer et Koolman (2002), qui observent que l'inégalité du revenu est certes le premier facteur expliquant les inégalités sociales de santé (entre 25 % et 40 % selon les pays européens analysés), mais aussi que le niveau des inégalités sociales de chaque pays est davantage expliqué par la force de l'association existant entre santé et revenu que par l'inégale répartition du revenu. Ainsi, la faiblesse des inégalités de santé au Danemark n'est pas due au fait que ce pays a un niveau d'inégalités de revenu faible, mais au fait que la santé est faiblement reliée au revenu. Cela signifie donc que, contrairement à l'hypothèse de vitalité différentielle selon le milieu social, il existe des facteurs nationaux, dont pourraient faire partie les politiques sanitaires⁶ qui peuvent réduire l'impact de la position sociale sur la santé.

En tout état de cause, la conviction qu'une politique de réduction des inégalités de santé implique d'autres leviers ne dispense pas de s'interroger sur la manière dont un budget aussi massif que les dépenses publiques de santé (près de 8% de la richesse nationale) pourrait contribuer à cet objectif. Ce n'est pas, en effet, parce que les inégalités sociales de santé ne sont pas entièrement expliquées par les différences de recours aux soins que le système de santé n'a aucun rôle à jouer.

Utilisation du système de santé et inégalités sociales de santé : accès théorique et accès réel

Après avoir rappelé que l'égalité d'accès formelle ne garantit pas un recours identique aux soins, nous analyserons les mécanismes par lesquels le fonctionnement du système de soins et de santé peut contribuer à accroître les inégalités de santé, puis les éléments empiriques qui montrent que certaines actions au sein du système de santé peuvent contribuer à les réduire.

● L'accès théorique et l'accès réel aux soins

L'argument tiré du NHS selon lequel les soins n'ont pas d'impact, puisque les systèmes de santé accessibles à tous n'ont pas vu diminuer les inégalités, peut tout d'abord être questionné en distinguant l'accès théorique et l'accès formel aux soins.

De fait, en France, malgré un système qui assure un accès général aux soins médicaux, l'utilisation de ce système et les trajectoires des patients varient selon le statut social ou le niveau d'études. Il en est ainsi de la couverture vaccinale ou de la fréquence des dépistages du cancer du col de l'utérus ou du sein, que l'on sait corrélée au risque de mortalité. Des travaux sur les patients hospitalisés pour infarctus du myocarde ont également montré des différences de prise en charge avant l'épisode hospitalier selon les catégories sociales, ainsi que des différences de mortalité préhospitalière et à 28 jours (Lang et al., 1998).

Ces inégalités trouvent-elles leur source dans la demande de soins ou dans la réponse de l'offre ?

● L'explication par la demande

Une première explication serait l'existence de barrières culturelles expliquant, au-delà des barrières financières, que les populations les plus pauvres et les moins éduquées ont moins tendance à recourir aux soins ou du moins ont un recours plus tardif, en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie.

Les études disponibles suggèrent effectivement que ces différences d'attitudes vis-à-vis du recours aux soins diminuent fortement lorsqu'il n'y a pas de freins financiers, mais qu'elles ne disparaissent pas. Par exemple, à état de santé identique, la consommation médicale totale des bénéficiaires de la couverture maladie universelle ne diffère pas de celle du reste de la population ayant une assurance complémentaire (Raynaud, 2003). Elle reste plus orientée vers le généraliste et la pharmacie, et moins vers les

(6) La conclusion des auteurs porte notamment sur les politiques de santé comme moyen d'influencer le lien entre revenu et santé : cependant, en toute logique, il pourrait s'agir tout autant d'autres éléments sociétaux.

(7) Ainsi, le mode de rémunération peut être plus incitatif pour les plus hauts revenus (dans les systèmes avec assurance publique et privée, par exemple l'Irlande pour les soins hospitaliers), ou bien les niveaux de rémunération peuvent être différents selon les catégories de population (Grignon et Naudin, 2002), ou selon l'assurance complémentaire, par exemple en Suisse (Holly et al., 1998). Par exemple, aux Etats-Unis, selon Currie (2000), les personnes couvertes par Medicaid subissent un rationnement de l'offre de soins, car l'assurance prévoit des tarifs opposables inférieurs à ceux pratiqués pour les autres patients. Ce cas de figure peut se présenter en France pour les bénéficiaires de la Couverture médicale universelle (CMU), dans le cas des dépassements d'honoraires

actes techniques et spécialisés (même si l'on observe une accélération du recours aux spécialistes (Grignon, Perronnin, 2003).

● L'interaction entre l'offre et la demande de soins

Une deuxième voie d'explication réside dans l'existence d'obstacles non financiers opposés, au sein du système de santé, aux patients ayant pris la décision de recourir aux soins. Ces obstacles trouvent leur source dans la disponibilité effective des services pour le patient et dans les décisions des professionnels de santé.

1. La disponibilité de l'offre

Théoriquement, la disponibilité de l'offre de soins a un impact sur la consommation de soins, puisqu'une faible densité médicale augmente le coût des soins, par le biais d'un coût de transport ou par le biais du coût d'opportunité du temps, lié au temps d'attente par exemple.

De nombreuses études montrent effectivement que la consommation de soins diminue avec la distance ou augmente avec la densité médicale de la zone géographique (Place, 1997 ; Lucas-Gabrielli et al., 2001), mais sans pour autant apporter formellement la preuve de l'effet propre de l'accessibilité géographique, faute de pouvoir contrôler l'ensemble des facteurs de confusion. En France, une analyse des épisodes de soins individuels observe que la densité médicale ne joue pas sur la quantité de recours aux soins, mais influence le fait de recourir plutôt à un généraliste ou à un spécialiste (Breuil-Genier et Rupprecht, 2000). On peut souligner au passage, toujours dans le cas français, que plusieurs études montrent que la distance parcourue par les patients pour se soigner augmente avec le niveau d'étude. Une faible densité de l'offre de soins aurait donc des répercussions plus importantes sur la consommation de soins des personnes appartenant au bas de la hiérarchie sociale.

Peu d'études mettent en évidence un lien entre disponibilité des soins et santé. Cependant, Or (2001) montre, à partir d'une analyse multi-niveaux, menée sur le suivi de données annuelles de mortalité de 21 pays de l'OCDE durant vingt-cinq ans, que les taux de décès sont négativement corrélés à la densité médicale,

après contrôle par d'autres déterminants de la santé. Ce résultat est confirmé sur données individuelles en France, où la probabilité de décès en 1988 augmente, toutes choses égales par ailleurs, lorsque la densité médicale de la région d'habitation diminue (Jusot, 2004). En outre, la corrélation est plus marquée pour les personnes les plus pauvres (revenu inférieur au revenu médian) (Jusot, 2003).

2. La réponse du système de santé

En dehors de la disponibilité effective de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients.

Ainsi, en France, en cas d'hypertension artérielle, les diurétiques sont prescrits plus souvent aux inactifs et personnes au foyer, et moins souvent aux cadres qu'aux autres actifs (Frerot et al. 1999). Ces différences de traitement ne constituent cependant pas nécessairement des inégalités, si elles n'ont pas de conséquences sur l'état de santé ou la qualité de vie. En revanche, d'autres différences de traitement peuvent sans ambiguïté être qualifiées d'inégalités. Dans le cas du SIDA, Gebo et al. (2005) montrent que, aux Etats-Unis, les Afro-américains, les toxicomanes actifs et les femmes ont moins de chance de recevoir un traitement antirétroviral, à taux de CD4 équivalent. De même, après infarctus du myocarde, les noirs ont moins accès au pontage coronarien que les blancs (non hispaniques), après contrôle par le caractère approprié de l'intervention (Hannan et al., 1999). En France, pour le même événement aigu, aucune différence sociale de traitement n'est observée dans la prise en charge hospitalière. En revanche les catégories sociales favorisées semblent bénéficier, en amont de l'hospitalisation, d'un suivi ambulatoire plus spécialisé, plus approfondi, avec des explorations coronaires plus fréquentes (Lang et al., 1998).

Comment expliquer ces différences de traitement ? Il peut s'agir d'un comportement « opportuniste » du professionnel, si le mode de rémunération n'est pas identique pour toutes les catégories de population⁷ et qu'il a dès lors intérêt à en privilégier certaines. Mais cette explication n'est pas valable dans la plupart des systèmes. On peut aussi penser que le professionnel ajuste son « effort » (de diagnostic ou

SOCIALES DE
SANTÉ

de prescription) au degré d'exigence de son patient. Dans ce cas, les inégalités de soins fournis résulteraient de la faible pression que les catégories sociales les plus basses sont capables d'exercer sur les professionnels. On peut également rendre compte des différences de traitement par la distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient, et la qualité de communication qui en résulte, et donc de l'information dont dispose le médecin pour soigner (Balsa et McGuire, 2001).

Dans le cas français, Lombrail et al. (2004) voient dans ces inégalités de traitement la marque de l'incapacité du système de santé à envisager la dimension sociale des problèmes de santé qu'il s'agisse d'inégalités par défaut produites par un fonctionnement fondé sur la prédominance de soins curatifs et de la réponse à la demande individuelle (« inégalités par omission ») ou d'inégalités liées à des référentiels ou programmes conçus par les institutions qui méconnaissent et parfois accentuent les inégalités sociales de santé (« inégalités par construction »).

A contrario, des expérimentations montrent que le système de soins peut, s'il prend conscience des différences de traitement qu'il met en oeuvre entre catégories de patients, agir sur ces différences. Par exemple, une action menée sur quinze mois par une équipe de soins primaires au Royaume-Uni a abouti à réduire fortement les différences entre deux populations de statuts sociaux très différents en termes de couverture vaccinale, de suivi gynécologique et de prévention, voire même dans certains cas à renverser les situations initiales (Marsh et al., 1988).

Conclusion

Même si les inégalités sociales de santé n'ont pas disparu avec la mise en place de systèmes de santé égalitaires et si celles-ci s'expliquent essentiellement par des facteurs sociétaux en amont de l'accès aux soins, il y a donc sans doute aussi une place, dans une politique visant à agir sur elles, pour des politiques mobilisant le système de santé.

En effet, même dans les systèmes proposant un accès formel aux soins strictement égalitaire,

il subsiste des différences d'accès réel aux soins. Or, dans un contexte d'amélioration de la médecine, les différences résiduelles d'accès aux soins ont sans doute plus de conséquences aujourd'hui sur les inégalités de santé que les fortes différences d'accès aux soins qui existaient auparavant, mais dans le contexte d'une médecine peu efficace (Wilkinson, 1986). En outre, les conséquences des différences sociales de consommation de soins risquent d'être aggravées par le progrès technique, si les catégories les plus favorisées bénéficient davantage des techniques les plus récentes (Deaton, 2002). Par ailleurs, les résultats probants obtenus dans le cadre d'expérimentations semblent par ailleurs conforter l'hypothèse d'un rôle possible du système de soins primaires dans la lutte contre les inégalités de santé. ●



Cette recherche s'inscrit dans le prolongement de la communication présentée à la Chaire Quetelet 2003, qui fera l'objet d'une publication : Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y. et al. (2004), « Politiques de santé en Europe et inégalités sociales », L'élargissement de l'union européenne : enjeux et implications socio-démographiques, Actes de la Chaire Quetelet 2003.

Cet article a paru dans le numéro 92 de questions d'économie de la santé (février 2005).

La bibliographie peut être obtenue sur demande au secrétariat

Quelques expériences européennes

Agnès Couffignal (OMS), **Paul Dourgnon** (IRDES), **Pierre-Yves Geoffard** (PSE), **Michel Grignon** (McMaster University), **Florence Jusot** (IRDES), **John Lavis** (McMaster University), **Florence Naudin** (CETAF), **Dominique Polton** (IRDES).



Plusieurs pays européens ont, dans les années récentes, élaboré des stratégies organisées pour réduire les inégalités de santé. C'est le cas notamment de la France, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Suède.



(1) Les quatre objectifs sont : réduire les décès évitables, réduire les incapacités évitables, améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et malades et réduire les inégalités face à la santé.

Certains pays, comme le Royaume-Uni, se sont dotés d'emblée d'objectifs quantifiés à l'horizon 2010. D'autres ont démarré par un programme d'expérimentations locales soumis à des évaluations rigoureuses : c'est le cas des Pays-Bas. Partout des travaux sont développés pour mesurer l'efficacité des actions et ainsi éclairer les politiques.

En cohérence avec les résultats de la recherche, qui suggèrent que la réduction des inégalités de santé passe sans doute par une réduction des inégalités économiques, sociales et culturelles globales, les stratégies définies dans ces trois pays comportent des volets visant à agir sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, en amont du système sanitaire.

Elles comportent cependant également des actions qui mobilisent le système de santé, notamment au travers des dispositifs de prévention et de la médecine de soins primaires.

Après avoir rappelé le contexte français, nous présentons les stratégies proposées par les trois pays précurseurs, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède, pour en tirer quelques enseignements en confrontant à la fois les processus d'élaboration et les contenus des politiques choisies pour réduire les inégalités sociales de santé.

En France, une politique orientée vers l'accès aux soins et la lutte contre les exclusions

En France, qui est pourtant le pays d'Europe où les différences sociales de mortalité prématurée sont les plus fortes (cf. article précédant), les inégalités sociales de santé correspondent à une préoccupation relativement récente.

Ce n'est qu'en 1994 que le Haut Comité de la Santé Publique nouvellement créé a évoqué leur réduction comme l'un des quatre objectifs à moyen terme proposés¹. Deux objectifs intermédiaires ont été envisagés : assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et favoriser leur réinsertion sociale, et améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées.

En 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a posé la question du droit à la santé essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins, en dépit des conclusions sur le rôle limité de ce facteur, formulées par le Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » en 1998.

Les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) destinés à améliorer l'accès aux soins curatifs, mais aussi préventifs, des personnes en situation de précarité, en ont été la traduction opérationnelle. Concertés et coordonnés au niveau régional et local entre les différents acteurs intervenant dans le secteur sanitaire et social, ils se sont efforcés de rechercher et mettre en oeuvre les adaptations au système de santé permettant d'en faciliter l'accès aux populations précaires. Les évaluations faites de ces dispositifs en tirent un bilan mitigé, malgré des actions innovantes et l'apport des dispositifs d'accueil spécifiques mis en place (Bernard Brunhes Consultants 2003, Fourcade et al., 2004). Des recommandations ont été faites pour les faire évoluer.

En 2000, la mise en place de la Couverture Maladie Universelle a constitué une avancée significative dans l'équité d'accès aux soins, en généralisant la couverture maladie de base à l'ensemble des personnes résidant en France de façon stable et régulière et en offrant une cou-

Mots clefs : inégalités de santé, santé publique, sociologie de la santé



SOCIALES DE SANTÉ

verture complémentaire gratuite, sous conditions de ressources, dont bénéficient près de 5 millions de personnes (Boisguérin, 2005). Ces bénéficiaires ont, à état de santé comparable, une consommation moyenne peu différente de l'ensemble de la population couverte par une complémentaire, même si l'on constate encore des différences de structure des soins (Raynaud, 2003). Il est en revanche plus difficile d'évaluer l'efficacité de cette mesure sur les inégalités sociales de santé car on ne dispose aujourd'hui pas de résultat de l'effet de la CMU sur l'évolution de l'état de santé des bénéficiaires.

● Vers une politique de réduction des inégalités sociales de santé

Pour importantes qu'elles soient, ces avancées récentes s'inscrivent dans la poursuite d'une vision qui, d'une part, centre la question des inégalités sur le seul problème de la précarité et, d'autre part, la considère essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins.

La question des inégalités sociales de santé, en tant que telle, n'a pas constitué, jusqu'à récemment, un élément majeur du débat public. Par exemple, elle n'a pas été retenue parmi les priorités des États généraux de la Santé en 1999 (Lang et al., 2002).

Elle a suscité, en revanche, un intérêt croissant de la part de la communauté scientifique. Ainsi, l'INSERM a lancé à partir de 1997 un programme de recherche qui a abouti à deux ouvrages : « Précarisation, risques et santé » (Joubert et al., 2001), « Les inégalités sociales de santé » (Leclerc et al., 2000). Ces deux ouvrages proposent plusieurs voies d'explication des inégalités de santé, en dehors de l'accès aux soins, et le deuxième ouvrage met l'accent sur l'existence d'un gradient social de santé, au-delà de la question de la précarité.

La question des inégalités de santé en tant que telle apparaît dans le rapport d'objectifs de santé

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
Objectifs concernant le thème : <i>précarité et inégalités*</i>	33. Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.	Analyser les conséquences d'un effet « seuil » lié aux revenus sur le recours aux soins.
	34. Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.	Identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine. Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

* Selon les thèmes, les objectifs ont été classés en différentes catégories : les objectifs quantifiables avec les données disponibles, ceux dont la quantification nécessite au préalable la production d'information d'ordre épidémiologique ou d'autres connaissances scientifiques, enfin les objectifs qui seront quantifiés après évaluation de programmes en cours ou de programmes pilotes. Ceux définis pour le thème « Précarité et inégalités » sont tous des objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.

Depuis une vingtaine d'années, des inégalités sociales de santé ont été constatées dans l'ensemble des pays d'Europe. Bien que tous ces pays aient signé en 1985 le principe de santé pour tous, défini par l'OMS-Europe, selon lequel, à l'horizon de l'an 2000, les différences d'état de santé entre pays et entre groupes au sein des pays devaient être réduites de 25 %, ces pays en sont aujourd'hui à des phases très différentes dans le processus de mise en place de politiques de lutte contre ces inégalités (Mackenbach et Bakker, 2003).

publique annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ce rapport met en avant, parmi les principes qui sous-tendent la politique de santé publique, celui de réduction des inégalités : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques. Parmi les 100 objectifs définis, deux concernent directement les inégalités (cfr. encadré). L'objectif 33 est de réduire les obstacles financiers à l'accès

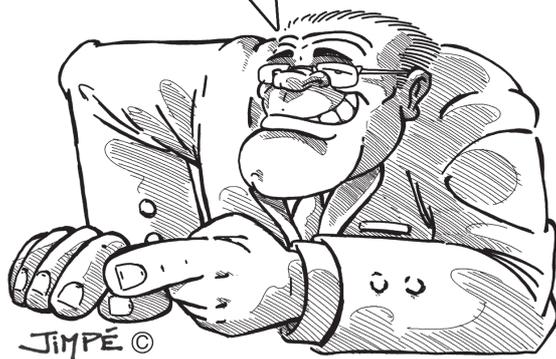
aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. De ce point de vue, même si sa portée effective reste limitée, l'aide à la mutualisation, prévue dans la loi d'août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie, constitue une avancée dans le sens souhaité. L'objectif 34 est de réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. Ce deuxième objectif peut s'analyser comme la première étape vers une politique de réduction des inégalités de santé – l'objectif préalable étant de travailler sur les instruments de mesure de ces inégalités.

Si cet objectif est amené à être traduit dans une stratégie globale, appuyée sur l'évidence scientifique et déclinée opérationnellement, il est intéressant d'analyser la démarche suivie par quelques pays européens qui se sont dotés d'ores et déjà de politiques volontaristes dans ce domaine. C'est notamment le cas du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Suède.

(2) Il s'agit d'une procédure budgétaire qui fixe les dépenses prévisionnelles des Ministères pour une période triennale, assorties d'objectifs d'amélioration des services publics correspondants.

Alors, réduire les inégalité de santé

Donc, primo : améliorer l'environnement : ça c'est fait, on a délocalisé toutes nos usines et donc, secundo : ils n'ont plus assez d'argent pour se payer des canc... heu... des clopes ! Et si on rajoute des regroupements familiaux vers les pays d'origine ...



Au Royaume-Uni : réduire de 10 % les ISS d'ici 2010

Le rapport Black (1982), devenu une référence, a été commandé en 1977 par le gouvernement travailliste et remis au gouvernement conservateur au début des années quatre-vingts. Le sujet a été écarté par celui-ci et est revenu au premier plan en 1997 lorsqu'un nouveau rapport a été commandé par le gouvernement travailliste venant d'être élu. Les recommandations de ce rapport Acheson, remises en 1998, ont souligné le rôle des déterminants sociaux et l'importance des politiques de réduction de la pauvreté et des inégalités de revenus (Acheson, 1998). En juin 1999 le Gouvernement a publié un livre blanc présentant, à partir de ces recommandations, un plan de lutte contre les inégalités sociales de santé (Health inequalities : an action report, 1999).

● La définition d'objectifs quantifiés

Deux objectifs quantifiés concernant les inégalités de santé ont ensuite été sélectionnés en février 2001, parmi un ensemble d'objectifs de performance du système sanitaire et social. Le premier objectif est de réduire la différence de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale de 10 % à l'horizon 2010.

Le second concerne les inégalités géographiques : il s'agit de réduire de 10 %, au même horizon, la différence d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale.

En 2004, d'autres objectifs plus détaillés sont venus compléter les deux objectifs sur la mortalité infantile et l'espérance de vie (Spending Review 2004 Public Service Agreement²) :

- d'ici à 2010, diminuer de 40 % l'écart de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre les zones défavorisées et l'ensemble du pays ;
- d'ici à 2010, diminuer de 6 % l'écart de mortalité par cancer entre ces zones et l'ensemble du pays.

Les objectifs de service public 2004 comportent également des objectifs qui ciblent certains déterminants des inégalités de santé :



- soit directement : réduction de la prévalence du tabac de 26 % chez les travailleurs manuels (21 % chez les adultes en population générale),
- soit indirectement, les populations cibles étant plus fréquemment pauvres :
- diminution de 50 % des grossesses non désirées chez les moins de 18 ans,
- arrêt de l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants de moins de 11 ans.

Concernant les inégalités géographiques, les objectifs se réfèrent à un ensemble de zones identifiées comme ayant les plus mauvais indicateurs de santé et de pauvreté. Il s'agit des zones se situant dans le dernier quintile pour trois au moins des indicateurs suivants : espérance de vie à la naissance pour les hommes et pour les femmes, mortalité en dessous de 75 ans par cancer, par maladies cardio-vasculaires, indicateur composite de « défavorisation ». Quatre-vingt-huit groupes de soins primaires sont concernés. L'objectif de réduction des écarts d'espérance de vie se réfère désormais également à ces zones.

● Des programmes d'action

Les stratégies d'intervention pour atteindre ces objectifs ont été élaborées et précisées progressivement au cours d'un processus faisant intervenir des travaux interministériels, des consultations publiques, des avis d'experts. Elles ont été explicitées dans plusieurs documents gouvernementaux successifs et notamment dans le document ministériel publié en juillet 2003 « Tackling Health Inequalities: A Programme for Action », qui décline quatre axes d'intervention : le soutien aux familles, aux mères et aux enfants, la promotion de l'engagement communautaire, la prévention et l'accès à des soins efficaces, et l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Ce plan d'action est transversal et mobilise d'autres ministères que celui de la santé. Les travaux interministériels en témoignent. Une partie des interventions proposées se situe donc en amont du système de soins et vise à réduire la pauvreté, améliorer les conditions de vie et de logement, l'éducation, l'accès aux services publics en général, avec une priorité particulière en direction des enfants. Ces actions sont pla-

cées sous la responsabilité de différents ministères et des programmes nationaux existants y participent d'ores et déjà : programmes de soutien à la petite enfance (Sure start), de rénovation des quartiers (Neighbourhood renewal) ou d'amélioration de l'habitat en direction des familles pauvres.

Mais le rôle du service national de santé dans la lutte contre les inégalités est aussi souligné comme essentiel, notamment dans les quartiers défavorisés. Les groupes de soins primaires (Primary Care Trusts) sont appelés à se mobiliser pour développer des actions de prévention orientées plus particulièrement vers des populations cibles : arrêt du tabac (un programme spécifique est organisé dans ce domaine), amélioration de la nutrition, promotion de l'allaitement maternel et de l'activité physique. Les acteurs des soins primaires sont invités à travailler en collaboration avec les associations. L'accent est également mis sur l'accès au dépistage et au traitement dans les zones les moins bien servies : accès aux services de néonatalogie (en lien avec l'objectif sur la mortalité infantile), facilitation de l'accès au dépistage et au traitement des cancers et maladies coronariennes (objectif sur l'espérance de vie) : le système doit, selon l'expression du ministre, s'attaquer à « la loi des soins inversés » qui veut que les endroits où l'on souffre le plus des maladies cardiaques soient ceux qui ont les moins bons services. Un programme de rénovation des centres de soins primaires dans les quartiers défavorisés a également été mis en place.

C'est ainsi une sorte de mobilisation générale qui est attendue, depuis le niveau ministériel, intégrant la lutte contre les inégalités dans ses campagnes et programmes nationaux, jusqu'au niveau local où agissent les élus et les professionnels de soins primaires, invités à s'impliquer dans des partenariats avec les autorités locales.

C'est en effet au moyen d'actions locales, adaptées au contexte spécifique des zones concernées, que des résultats sont escomptés : les autorités locales sont conviées à inscrire, dans les « contrats locaux d'objectifs de services publics » qu'ils concluent avec le Gouvernement central (local public service agreements),

des objectifs concernant les inégalités de santé. Elles sont récompensées si ces objectifs sont atteints. La performance des groupes de soins primaires est évaluée aussi à ce titre. Les acteurs locaux sont alimentés par le ministère de la Santé en guides et outils d'analyse (par exemple un guide pour réaliser un « audit d'équité », une base de données permettant de visualiser la situation d'une zone géographique par rapport à la moyenne nationale pour une série d'indicateurs de santé, la mutualisation d'expérimentations locales intéressantes, etc...).

● Vers une révision des critères d'allocation géographique des ressources ?

En parallèle, l'annonce a été faite d'une modification des critères d'allocations des enveloppes de dépenses entre régions et groupes de soins primaires. Les critères actuels, issus d'un long processus qui a démarré dans les années quatre-vingts, reflètent le principe de « à besoin égal, ressources égales ». Ces besoins sont définis en fonction d'indicateurs d'état de santé et de précarité de la population de la zone géographique. Un nouveau critère devrait être introduit, « contribuer à la réduction des inégalités évitables ». Une enveloppe de 130 millions de livres a été ainsi réservée aux zones géographiques dont la mortalité évitable est la plus élevée. Même s'il s'agit d'un montant modeste, le principe de cette discrimination positive introduit une certaine rupture par rapport à la philosophie antérieure³.

Au total, sur le papier, le programme défini par le Royaume-Uni est un des plus cohérents et des plus complets : affirmation forte du caractère inacceptable des inégalités et de l'engagement du Gouvernement à lutter contre elles, fixation d'objectifs quantifiés, déclinaison opérationnelle combinant des actions sur les déterminants sociaux et la mobilisation des services de santé, notamment à travers des mécanismes incitatifs. Reste à voir si cette démarche porte ses fruits, ce qui ne sera possible qu'avec un certain recul. En tout état de cause, on ne peut qu'être frappé par la multitude des objectifs, des cibles, des plans d'action, des indicateurs de performance qui sont proposés au National Health Service et l'on peut s'interroger sur sa capacité à les poursuivre tous.

L'approche expérimentale des Pays-Bas

Aux Pays-Bas, le problème a émergé dans l'opinion en 1980 à la suite du rapport Black et du constat d'inégalités entre quartiers à Amsterdam. En revanche, le constat ne s'est pas heurté à la même opposition politique qu'au Royaume-Uni : l'opinion et les principaux partis ont admis que les inégalités sociales étaient inacceptables et remettaient en cause la cohésion sociale (Stronks, 2002). Ainsi, dès 1985, le gouvernement a adopté l'objectif de l'OMS « la santé pour tous à l'horizon de l'an 2000 » et le ministère de la Santé a publié dès 1986 un rapport incluant un paragraphe consacré aux inégalités sociales de santé.

● Les expérimentations

Un premier programme de recherche, lancé en 1989 et destiné à documenter l'ampleur et les déterminants des inégalités sociales de santé aux Pays-Bas, a été suivi d'un programme d'expérimentations qui s'est déroulé sur la période 1995-2001. Douze expérimentations locales ont été menées, afin d'évaluer l'impact sur les inégalités sociales de santé de différentes interventions.

Ces interventions ont été déclinées à partir de quatre stratégies :

- améliorer la position socio-économique des personnes les plus défavorisées : en donnant une allocation aux parents vivant dans la pauvreté ;
- diminuer les effets des problèmes de santé sur la position socio-économique : par la mise en place d'un soutien scolaire spécifique aux enfants fréquemment absents pour raisons de santé ;
- diminuer l'exposition aux facteurs de risque contribuant aux inégalités sociales de santé : par une réduction des contraintes physiques liées au travail et des modifications de l'organisation du travail visant à réduire le stress professionnel, par des campagnes de prévention de masse et des campagnes de prévention ciblées en milieu scolaire et dans les quartiers défavorisés (tabagisme, hygiène dentaire, nutrition durant la grossesse...);

(3) Certains chercheurs soulignent néanmoins qu'une politique de dotation spécifique aux zones défavorisées (qui, en fonction des critères de répartition actuels, ont déjà des allocations de ressources supérieures) suppose que ces dotations soient bien affectées à des interventions ciblées et reconnues comme efficaces pour réduire les inégalités (Shaw et Smith, 2002).

SOCIALES DE
SANTÉ

- enfin, améliorer l'accessibilité et la qualité des soins : par la formation de réseaux de soins locaux afin de prévenir l'exclusion parmi les personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques, par l'éducation à la santé auprès de patients turcs atteints de diabète et par des soins infirmiers et un suivi réalisé par les généralistes de patients atteints d'asthme ou de maladies pulmonaires chroniques vivant dans des zones défavorisées.

Pour chacune des interventions, des protocoles d'évaluation très précis ont été mis en place dès le démarrage du programme.

La plupart des conclusions de ces expérimentations ont été connues à la fin de l'année 2000 (Mackenbach et Stronks, 2004). Sept des douze interventions envisagées ont eu des résultats positifs, deux n'ont eu aucun résultat, les trois autres n'ayant pas pu être évaluées. Il en ressort d'une part que les interventions sur les conditions de travail semblent efficaces, et d'autre part que les interventions locales ou ciblées semblent être à privilégier, tant pour la prévention que pour le soutien psychiatrique ou l'aide aux malades. En revanche, l'allocation fournie aux parents défavorisés et la campagne de prévention de masse sont apparues peu efficaces.

● Des objectifs quantifiés et des recommandations

Dès le début de l'année 2001, une commission composée d'experts et de politiques appartenant aux différents partis a été réunie afin de définir des objectifs quantifiés et des recommandations.

L'objectif général, fondé sur l'objectif de l'OMS, est de réduire à l'horizon de 2020 de 12 à 9 ans la différence d'espérance de vie sans incapacité entre les personnes de haut et bas statut socio-économique, grâce à une forte augmentation de l'espérance de vie en bonne santé du groupe le plus défavorisé. Onze objectifs intermédiaires, quantifiables grâce aux données disponibles, ont également été définis, correspondant aux quatre stratégies d'actions choisies lors de la phase d'expérimentations (Mackenbach et Stronks, 2004) :

- réduire le nombre de ménages pauvres,



augmenter le pourcentage d'enfants défavorisés accédant à l'éducation secondaire et maintenir le niveau des inégalités de revenu au niveau de 1996 ;

- maintenir le niveau des pensions d'invalidité au niveau de 2000 et augmenter le pourcentage de personnes âgées de 25 à 64 ans occupant un emploi rémunéré parmi les personnes souffrant d'une maladie chronique ;
- réduire les différences entre groupes d'éducation, de tabagisme, de sédentarité, d'obésité, d'exposition à des contraintes physiques liées au travail et de contrôle sur le lieu de travail ;
- maintenir au niveau de 1998 les différences de consommations de soins entre groupes d'éducation.

La commission a recommandé de mettre en oeuvre seize politiques et interventions, soit quatre pour chaque stratégie, et d'évaluer leur impact (Mackenbach et Stronks, 2004). Leur coût n'a en revanche pas été estimé. La formulation des recommandations est souvent assez générale (par exemple : continuer les politiques favorisant l'accès à l'éducation des enfants de milieux défavorisés ou mettre en oeuvre des mesures techniques et organisationnelles pour réduire les contraintes liées au travail dans les emplois manuels) et appelle donc une déclinaison

raison opérationnelle. Un des aspects originaux de la démarche, qui est spécifique aux Pays-Bas, est de souligner l'importance du maintien, en tant que tel, de certains acquis (par exemple : maintenir le niveau des pensions pour les inactifs pour raisons de santé et d'invalidité, maintenir une bonne accessibilité financière aux soins aux personnes de bas statut socio-économique).

Le rapport remis au Parlement fin 2001 a reçu une large audience, même si les politiques visant à réduire les comportements à risque ont été critiquées car elles étaient en désaccord avec le principe de responsabilité individuelle mis en avant sur ces questions en général aux Pays-Bas. La période d'instabilité politique qui a suivi en 2002-2003 a ralenti le processus de mise en oeuvre, mais quelques interventions ont été menées à grande échelle, comme la prévention du tabagisme en milieu scolaire et la mise en place de réseaux locaux pour les patients atteints de troubles psychiatriques chroniques.

La Suède : la santé dans les mêmes termes pour tous

La Suède est un des pays qui a poursuivi de longue date une politique sociale fortement guidée par des objectifs d'équité (Burström et al., 2002). En matière de santé, les inégalités semblent cependant être de même ampleur que dans la plupart des pays : 40 % de différence de mortalité entre travailleurs manuels et non manuels selon les travaux menés dans le cadre de l'Union européenne (Kunst et al., 2000).

Par rapport aux démarches britannique et néerlandaise, l'affichage de la stratégie suédoise est un peu différent : il ne s'agit pas d'une politique de réduction des inégalités en tant que telle, mais plutôt d'une politique de santé publique très fortement imprégnée d'objectifs d'équité. Le processus d'élaboration de cette politique, qui a abouti au vote d'une loi en avril 2003, a démarré en 1997 avec la mise en place d'une commission nationale de santé publique composée de représentants des différents partis politiques et d'experts, et chargée de définir des objectifs nationaux de développement de la santé et des stratégies pour les atteindre. La

conception de la justice sociale sous-jacente à la réflexion se réfère à l'idée que la santé est une condition pour que chacun puisse exercer pleinement sa citoyenneté. Au terme de deux ans de travail appuyé par des rapports d'experts commandités pour la circonstance et relayé par une information publique régulière, un rapport préliminaire a proposé une liste d'objectifs assortis d'indicateurs (Ostlin et al., 2001). Celui-ci a été soumis à une large concertation et le rapport final a été rendu au Gouvernement en 2000, sous le titre « La santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique ».

Les grands objectifs proposés sont au nombre de dix-huit et se déclinent en une cinquantaine de sous-objectifs. Le choix de la commission a été de formuler des objectifs en termes de déterminants plutôt qu'en termes de résultats de santé. Pour partie, il s'agit de déterminants sociaux généraux, très en amont du système de soins et de prévention : la cohésion sociale, la participation et la réalisation de soi, les conditions de vie dans l'enfance, le plein emploi, un environnement de travail ou d'habitat sain, des espaces verts pour tous ont ainsi été mis en avant comme des facteurs essentiels d'une amélioration de la santé de toute la population. Une série d'autres objectifs renvoie à la diminution des facteurs de risque liés aux comportements individuels : nutrition, exercice physique, tabac, alcool, sexualité, drogue. Ils sont complétés par des objectifs plus transversaux : une orientation plus volontariste des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé, une meilleure coordination des efforts et des investissements de long terme dans la recherche, notamment pour éclairer les coûts et bénéfices des interventions en matière de santé publique.

La politique de santé publique telle qu'elle a été votée finalement en avril 2003 regroupe ces dix-huit thèmes en onze grandes orientations. Trois concernent le contexte économique et social général (participation et influence dans la société, sécurité économique et sociale, sécurité et conditions de vie favorables pour les enfants et les adolescents) et sept des facteurs de risques collectifs ou individuels (une vie au travail plus saine, un environnement et

SOCIALES DE
SANTÉ

des produits sûrs, une protection efficace contre les maladies transmissibles, une sexualité sûre, plus d'activité physique, de bonnes habitudes alimentaires et des aliments sûrs, une baisse des addictions), le dernier visant à rendre les services de soins « promoteurs actifs de la bonne santé ».

Si la stratégie ainsi énoncée n'est pas, contrairement au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, explicitement centrée sur la lutte contre les inégalités de santé, cette orientation est néanmoins sous-jacente dans beaucoup des objectifs retenus.

Le développement relatif à l'objectif 1 (participation et influence dans la société) fait ainsi explicitement référence aux travaux de recherche sur les déterminants psychosociaux des inégalités de santé, qui en situent l'origine dans la position des individus dans la société et le sentiment qu'ils ont de pouvoir influencer leur vie. La loi sur la santé publique met ainsi au premier plan le renforcement de la démocratie, du capital social⁴, la défense des droits des individus (lutte contre les discriminations vis-à-vis des femmes, des personnes handicapées et immigrées) pour améliorer la santé des groupes vulnérables et, partant, la santé globale du pays. L'objectif 2 – la sécurité économique et sociale – pose la question de la distribution de la richesse et de la pauvreté et de l'insécurité économique comme facteurs de mauvaise santé.

La préoccupation de réduction de la pauvreté peut se lire dans les indicateurs de réussite retenus pour évaluer la mise en oeuvre de la loi. Dans le processus de réflexion qui a entouré sa préparation, des indicateurs de suivi ont été en effet élaborés, avec des propositions de cibles à atteindre, dont certaines visent directement la réduction des inégalités socio-économiques, comme par exemple : abaisser l'indice de concentration de la richesse⁵ en dessous de 0,25 ; diminuer la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté à un niveau inférieur à 4 % (proportion de départ = 4,8 %) ; faire décroître le chômage de longue durée de 1,4 % à 0,5 %. D'autres visent les répercussions de la maladie sur la situation socio-économique (exemple : accroître le taux d'emploi des per-

sonnes avec une maladie de long terme ou un handicap de 53 % à 70 %) ou la diminution de facteurs de risques dans l'ensemble de la population (exemples : diminuer la proportion d'adultes en surpoids sévère de 8 % à 5 %, celle des enfants en surpoids modéré de 7 % à moins de 5 % ; réduire de 1 % par an la proportion de fumeurs quotidiens, supprimer totalement la consommation de tabac chez les femmes enceintes et les jeunes de moins de 19 ans en 2010).

L'élaboration finale des indicateurs, en application de la loi votée en 2003, a été confiée à l'Institut national de Santé publique. Il ne semble pas que dans leur formulation actuelle, des cibles à atteindre aient été fixées concernant le niveau de ces indicateurs. Nous n'avons pas non plus trouvé de matériau publié sur une éventuelle déclinaison opérationnelle de ces grands objectifs en plans d'action. Compte tenu de leur caractère très transversal, ils sont susceptibles de mobiliser de nombreux départements ministériels. Certains soulignent d'ailleurs que même si l'Institut de Santé publique a un rôle de suivi des différentes actions sectorielles, le manque d'une structure politique coordonnant cette action interministérielle est certainement un point faible de la mise en oeuvre de cette stratégie, comme aux Pays-Bas.

Quels enseignements de ces expériences ?

Le Royaume-Uni et les Pays-Bas offrent deux exemples de politiques visant explicitement à réduire les inégalités de santé. L'approche suédoise – comme d'ailleurs l'approche française – est plutôt celle d'une politique de santé publique globale. Mais la préoccupation d'équité semble y tenir une place plus importante ; elle a fortement marqué les débats préparatoires et est au coeur de certains des objectifs visant des déterminants sociaux de la santé (capital social, sécurité économique...). La confrontation de ces différentes expériences amène quelques réflexions sur le processus d'élaboration des politiques de réduction des inégalités de santé sur leur contenu et leur impact.

(4) Au sens de Robert Putnam (2000), c'est-à-dire l'intensité des réseaux sociaux, des liens et de la confiance entre les individus dans une société.

(5) Cet indice est calculé à partir de la courbe de concentration des revenus. Il est d'autant plus élevé que la distribution de la richesse est inégale. Il est égal à 0 en cas de distribution parfaitement égalitaire.

● Le processus d'élaboration

Les processus d'élaboration et de mise en oeuvre des politiques de réduction des inégalités sociales de santé dans ces différents pays peuvent être analysés selon les phases proposées par Whitehead (1998) : mesure et prise de conscience des inégalités sociales de santé ; perception en tant qu'enjeu de politique publique ; volonté d'action et construction progressive d'une politique globale et coordonnée.

Selon cette grille d'analyse, le Royaume-Uni est le pays le plus avancé : après une prise de conscience au début des années quatre-vingts et la publication de plusieurs rapports, commandés par le gouvernement et indépendants, des politiques spécifiques et coordonnées ont effectivement été mises en oeuvre. Les Pays-Bas et la Suède apparaissent dans une phase de développement de politiques structurées, suivant des phases de production scientifique et de débat. La France est un peu moins avancée dans le processus dans la mesure où, comme on l'a dit plus haut, la question des inégalités sociales de santé en tant que telle n'est apparue que récemment comme un objet des politiques publiques, avec la loi de santé publique de 2004.

Le développement des connaissances permettant une mise en débat est indéniablement un préalable à la mise en place de telles politiques (Mackenbach et Bakker, 2003). Dans les trois pays, l'inscription de cette question sur l'agenda politique a été précédée et accompagnée d'importants travaux d'études et de recherche visant à documenter l'ampleur des inégalités, à faire le point des connaissances sur leurs déterminants, à construire une expertise sur l'efficacité des interventions possibles. Cette séquence est particulièrement claire aux Pays-Bas, avec une phase de recherche préalable, une phase d'expérimentations locales soumises à évaluation, puis une phase de proposition de politiques à grande échelle. La réflexion britannique a également été nourrie par un ensemble très important de recherches menées dans les années quatre-vingt-dix et, en Suède, quatorze groupes d'experts ont été chargés de rassembler l'évidence scientifique sur différents déterminants de santé. Cette demande de travaux de recherche ne s'interrompt d'ailleurs pas avec la publication des stratégies et programmes

finalement retenus, tant il est vrai que la connaissance scientifique est encore embryonnaire dans ce domaine. Un rapport récent de la Health Development Agency, récapitulant ce qui est démontré de l'efficacité des différentes interventions, fait ainsi apparaître beaucoup de zones d'ombre (Hunter, Killoran, 2004). C'est également ce diagnostic d'incomplétude qui a conduit la commission néerlandaise à recommander la poursuite des recherches à la fois descriptives et explicatives sur les inégalités sociales de santé.

Un deuxième facteur conditionnant l'émergence de la question des inégalités de santé sur l'agenda politique est le degré de consensus politique sur le caractère inacceptable de ces inégalités. Ce consensus semble avoir favorisé les processus néerlandais et suédois (même si dans ce dernier cas le parti conservateur ne s'est pas rallié à certaines propositions fortement liées à la politique sociale). La parenthèse du Gouvernement Thatcher sur cette question, après le rapport Black pourtant fortement médiatisé, le montre aussi a contrario. Un troisième aspect intéressant du processus d'élaboration des politiques dans ces trois pays est précisément l'importance de la réflexion politique en amont, très concertée, articulant expertise, implication des acteurs politiques, diffusion d'informations, consultation publique (comme au Royaume-Uni où les premières propositions gouvernementales ont été mises en débat lors de réunions régionales et de consultations écrites).

Une dernière similitude concerne le caractère très transversal des politiques définies qui impliquent l'action de différents départements ministériels et dès lors supposent une forte coordination politique et une implication gouvernementale au plus haut niveau, dépassant largement le ministère de la Santé : c'est sans doute la raison pour laquelle la politique britannique semble être celle qui réussit le mieux à articuler des programmes différents au service de la lutte contre les inégalités de santé.

Au-delà de ces fortes similitudes, on peut noter quelques différences d'approches :

- ainsi la démarche néerlandaise s'est plus apparentée jusqu'à présent à un programme d'expérimentation et de recherches, visant des objectifs variés afin de mesurer l'effecti-

SOCIALES DE
SANTÉ

tivité et l'efficacité des différentes interventions, tandis que l'approche britannique semble plus directement opérationnelle : cherchant une concrétisation rapide, les politiques mises en oeuvre ont été définies sur la base de recommandations établies à partir des connaissances sur les déterminants et l'efficacité des interventions ;

- le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont fait le choix d'afficher un objectif très global de réduction des inégalités sociales de santé (respectivement 10 % en 2010 et 25 % en 2020) et des objectifs intermédiaires instrumentaux, tandis que la Suède n'a officialisé jusqu'à présent que des objectifs assez généraux et non quantifiés.

● Le contenu des politiques

On peut analyser le contenu des politiques retenues selon un double axe, défini par les déterminants des inégalités sociales visés et les populations ciblées (Mackenbach, Bakker, Sihto, Diderichsen, 2002). Ainsi, on peut opposer les mesures s'attaquant en amont aux inégalités sociales elles-mêmes, les mesures visant, en aval, l'accès aux soins, et les mesures intermédiaires visant l'exposition aux facteurs de risques médiateurs de l'effet de la situation sociale sur la santé. Par ailleurs, on peut distinguer les politiques universelles des politiques sélectives, visant soit les groupes sociaux défavorisés, soit les zones défavorisées, soit les groupes souffrant de la santé la plus dégradée. Les stratégies définies au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède combinent toutes des mesures en amont, des mesures intermédiaires et des mesures en aval. La qualité et l'accessibilité des soins sont surtout présentes dans les programmes britannique et néerlandais, moins en Suède. Au passage, rappelons que la France a mis l'accent sur l'accessibilité des soins curatifs et préventifs, même si elle mène aussi, parallèlement, des politiques de lutte contre la pauvreté ou les inégalités économiques (mais sans que celles-ci soient envisagées comme des leviers au regard de la problématique des inégalités de santé).

Un des aspects originaux de la démarche néerlandaise est de traiter non seulement de l'effet des inégalités sociales sur la santé, mais aussi de l'effet inverse, en incluant des actions visant



à réduire les effets de la santé sur le statut social : d'où les objectifs et interventions concernant le niveau des pensions d'invalidité, l'adaptation des postes de travail pour faciliter l'emploi des personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques ou le soutien scolaire aux enfants malades. Cette préoccupation apparaît aussi en filigrane de la politique suédoise : conforme à celui qui inspire sa politique dans d'autres domaines comme le handicap, un des principes fondamentaux qui sous-tend la réforme est que la société doit faire en sorte de réduire les conséquences de la mauvaise santé sur la capacité des individus de contrôler leur vie et de se réaliser. A cet égard, l'absence de discrimination sur le marché du travail est soulignée comme un objectif.

Aux Pays-Bas, une attention particulière est portée aux interventions visant à améliorer les conditions de travail. Par ailleurs, une autre originalité est que les objectifs proposés sont formulés en termes d'amélioration, mais parfois aussi de maintien des acquis. Ainsi le programme proposé recommande-t-il de veiller à la non-augmentation des inégalités de revenus, au maintien de l'équité de l'accès aux soins et de leur financement.

Enfin, les programmes d'action britanniques et

néerlandais combinent politiques nationales et interventions locales, en particulier à destination des zones défavorisées. La dimension de l'adaptation locale est particulièrement mise en avant au Royaume-Uni, avec les contrats locaux d'objectifs. Par ailleurs, ces programmes ne proposent pas d'action universelle mais des actions ciblées, notamment en faveur des enfants et des familles de bas statut social.

● Le rôle du système de santé

Si le rôle du système de santé est envisagé dans les trois pays, sa contribution est recherchée de manière un peu différente. La politique de santé publique suédoise met l'accent sur la nécessité, pour les services de soins (en particulier les soins primaires), d'évoluer pour mieux intégrer la dimension de la prévention et de la promotion de la santé dans les pratiques quotidiennes : elle exhorte les professionnels de santé, dont la proximité et le contact régulier avec les populations en font des relais essentiels, à développer leur fonction de conseil. Au Royaume-Uni, le système national de santé, et particulièrement les groupes de soins primaires, sont mis en avant comme un acteur majeur de l'ensemble du programme, qui s'appuie notamment sur la mise en oeuvre de recommandations de prévention et de traitement des pathologies prioritaires que sont le cancer et les maladies coronariennes. L'amélioration de l'accès aux soins dans les zones défavorisées est aussi un objectif explicite. C'est également une orientation forte du programme néerlandais qui propose un renforcement des soins primaires dans ces zones, notamment pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Dans les deux cas, les soins primaires sont vus comme la pierre angulaire d'une action globale de prévention et de soins permettant d'amener une population à une meilleure gestion de sa santé. Il faut souligner que dans les trois pays, l'organisation du système de soins permet de prendre appui sur la médecine de première ligne pour relayer des politiques de réduction des inégalités : les soins primaires sont structurés et les professionnels ont déjà, au-delà du colloque singulier avec le malade, une responsabilité vis-à-vis de la population desservie, ce qui permet d'envisager des stratégies d'action

en direction de groupes défavorisés.

● L'impact des politiques

Le recul est insuffisant pour porter un jugement sur l'impact effectif, sur les inégalités sociales de santé, de ces politiques, définies récemment et dont la traduction opérationnelle se met en place. Quelques réflexions peuvent cependant être proposées :

- l'une en forme d'encouragement : qu'il s'agisse des expérimentations locales aux Pays-Bas ou de certains résultats obtenus au Royaume-Uni, ces expériences montrent que des interventions adaptées permettent d'atteindre au moins des objectifs intermédiaires ;
- ces interventions efficaces sont des interventions, en général ciblées, menées au sein et hors du système de soins ;
- l'autre en forme d'interrogation : dans les trois pays considérés, les politiques proposées ou mises en oeuvre supposent une mobilisation générale et coordonnée d'un ensemble de politiques publiques au service d'un objectif spécifique de réduction des inégalités de santé faisant l'objet d'un consensus entre les différents ministères et les services publics à différents niveaux, du local au national. Ce n'est pas le moindre des défis, comme le soulignent d'ailleurs les experts dans les différents systèmes (Mackenbach et Stronks, 2004 ; Ostlin et Diderichsen 2001). ●

Cet article est paru dans le numéro 93 de Questions d'économie de la santé (février 2005) et s'inscrit dans le prolongement de la communication présentée à la Chaire Quetelet 2003, qui fera l'objet d'une publication : Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F. (2004), Politiques de santé en Europe et inégalités sociales, L'élargissement de l'union européenne : enjeux et implications socio-démographiques, Actes de la Chaire Quetelet 2003.

La bibliographie peut être obtenue au secrétariat de la Fédération des maisons médicales.

SOCIALES DE
SANTÉ

Les inégalités sociales de santé, une question épineuse ?

De la préhistoire jusqu'aux observations les plus récentes, Pierre Drielsma propose un voyage « secouant » dans un monde où les inégalités ont certainement du sens, mais peut-être pas de légitimité...

Les inégalités sociales, où prennent-elles leur source ? Sont-elles légitimes ?

Une thèse classique voudrait attribuer une origine animale aux inégalités. Pour Darwin, l'évolution biologique est générée par la compétition entre les êtres vivants pour des parts du gâteau Terre.

Dawkins, sur une base génétique que Darwin ne pouvait connaître, va préciser le mécanisme fin de la machine bio-évolutive. Ce sont les gènes qui sont en compétitions : nous (les vivants, donc les hommes) sommes programmés pour préserver les molécules égoïstes connues sous le nom de gènes. Chaque ADN entrerait en compétition avec les autres au travers des protéines dont il programme la forme et la fonction. C'est pour cela que les sociobiologistes ont parlé de gène égoïste. En effet, si l'on admet la loi de sélection naturelle de Charles Darwin (la lutte pour la vie), les gènes sont les réels compétiteurs de la lutte pour la vie et pas les individus.

Cette thèse est éminemment critiquable, mais elle présente certainement un bout de vérité. Dans une ruche, les ouvrières ne peuvent se reproduire, leur vie est courte, l'explication actuelle des mécanismes qui les font se sacrifier pour la ruche est qu'elles partagent 50 % de gènes avec la reine et donc que les enfants de la reine sont un peu leurs enfants¹.

La lutte pour la vie c'est la lutte pour l'immortalité ; ceux qui ont lu Platon savent que pour Socrate l'amour a pour fonction la reproduction et donc l'immortalité (agréable cohérence d'analyse). Nous voyons donc que pour les sociobiologistes, nos gènes se servent de nous pour se perpétuer et se multiplier.

Quels mécanismes les gènes ont-ils mis en place pour arriver à cette fin ? Ils ont mis en place des mécanismes de survie en cas de crise, et des mécanismes de multiplication en dehors des crises². Nous noterons avec intérêt que la sociobiologie comme la psychanalyse insistera sur l'inconscient, elle dira que nous n'agissons pas, mais que nous sommes agis.

Pierre Drielsma,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Bautista
Vanschouwen,
membre de la
cellule politique
de la Fédération
des maisons
médicales.

(1) *Le Pen réagit
exactement
comme une
abeille : ma
famille d'abord,
puis mes cousins,
puis les bretons,
puis les français,
etc.*

(2) *C'est
beaucoup plus
compliqué et
inverse chez
beaucoup de
plantes mais
l'approximation
est correcte chez
les mammifères.*

Introduction

C'est dans un article d'Aiache que j'ai lu pour la première fois la formulation : inégalités sociales de santé, auparavant je parlais sans m'inquiéter des inégalités de santé. Mais les inégalités de santé ne peuvent complètement disparaître, car dans la meilleure société du monde, le hasard distribuera toujours les misères de façons strictement aléatoire : que ce soit d'un point de vue génétique ou accidentel. Certes un jour, plus très lointain, nous irons curer les mauvais gènes avec un bistouri moléculaire, et nous aurons des moyens de transport fiables, sécurisés et non polluants, etc... Nous allons ainsi restreindre la part de la chance à maigre portion, mais portion il restera. Les inégalités sociales de santé, c'est autre chose, ce sont des inégalités de santé fabriquées par l'organisation sociale ; c'est-à-dire qu'en théorie du moins, elles sont vulnérables à l'action collective, l'action politique. C'est la raison pour laquelle, un humble membre de la cellule du même nom a pris le clavier d'assaut.

Mots clés : inégalités de santé, philosophie de la santé, santé publique, déterminants de santé

Dès qu'il y a danger ou pénurie, c'est le stress qui travaille. Prenons un groupe de chimpanzés qui doit se partager un nombre trop petit de bananes, ils vont entrer en compétition. Après bagarre, une hiérarchie va s'établir pour le partage du gâteau, ça s'appelle la dominance. La dominance permet ensuite de se partager, inégalement, le gâteau sans désordre et sans énergie gaspillée. La dominance permet de régler les problèmes de pénurie alimentaire dans le groupe (tant pis pour le plus faible).

La territorialité permet aussi de régler l'occupation d'un espace étroit par un nombre considérable de familles, chacun chez soi et les vaches seront bien gardées. C'est l'agression qui est le mécanisme de régulation de la dominance et du territoire.

Il faut bien comprendre que sans dominance et territorialité, l'agression serait quasi permanente pour l'acquisition des ressources rares. Sur le plan social c'est l'usage de la dominance et de la territorialité qui permet d'économiser l'énergie et les vies : l'agression tue. La dominance permet aussi d'éviter de voir le groupe entier disparaître par manque de ressources, la concentration de celles-ci sur le dominant lui permettra de survivre.

Ces mécanismes se sont perpétués jusqu'à nous, mais il ne faut pas oublier deux choses : il n'y a pas toujours pénurie, l'animal peut fabriquer des mécanismes d'abondance. Par ailleurs, l'animal peut utiliser des mécanismes pour diminuer sa tension d'agression. L'abondance, la tiédeur, la douceur, c'est le paradis. Frans Dewaal observe que plus la vie des singes est précaire, plus leur vie est agressive, les mécanismes de dominance et de territorialité jouent à plein, la rareté tue. De tous les grands singes, les bonobos (chimpanzés pygmées) sont les plus pacifiques, pourquoi ? Ils vivent dans l'abondance en plein cœur de la forêt congolaise sur la rive gauche du fleuve Congo, peu de concurrence aussi. La preuve de l'abondance environnementale est donnée par un chercheur japonais qui a étudié les bonobos en liberté, il explique que ceux-ci n'ont pas inventé d'outil pour capturer les insectes, car ils n'en ont pas besoin... De plus ils contrôlent les mécanismes d'agression par l'utilisation de la sexualité : quand ils se trouvent dans une situation de concurrence ou d'agression (par exemple un

croisement sur une branche étroite), un petit câlin et le tour est joué.

Et l'homme dans tout ça ?

L'homme est aussi agi par tous ces mécanismes, mais en plus c'est un animal culturel (la culture existe aussi chez les singes mais à l'état rudimentaire). Il a donc construit un monde particulier, le monde des idées dans lequel il navigue seul.

Essayons de comprendre les grandes crises de l'homme. Supposons l'homme comme une sorte de bonobo tranquille, fornicateur et jouisseur. Soudain une catastrophe géologique l'expulse du paradis terrestre, il doit quitter la forêt tropicale pour rejoindre la savane (l'East-side story de Coppens³). Il garde dans ses images (?) le souvenir nostalgique de l'abondance et de la paix.

Mais la savane c'est dur, il y a pénurie, c'est bourré de grands prédateurs, guère d'arbres pour se réfugier. L'homme, comme le babouin, confie la direction du clan à un mâle agressif, celui-ci est prêt à mourir pour le groupe (les femmes et les enfants d'abord). Ce mâle cumule probablement les deux fonctions de dominance et de leadership (le leadership c'est juste de confier au plus expérimenté la tâche de mener le groupe vers le lieu le plus clément).

Mais l'homme devient de plus en plus intelligent (quadruplement du volume du cerveau, apparition du langage probablement tardive). Progressivement, il transforme la nouvelle pénurie en abondance rien qu'avec son cerveau. Un bushmen ou un aborigène ne meurt jamais de faim, travaille peu (maximum quatre heures) passe bien plus de temps à s'amuser que nous. (Marshall Sahlins). Nous avons maintenant un homme qui vit en société très petite et égalitaire, il a reconstitué (d'instinct ?) le monde des bonobos. En plus, il chasse, d'abord des petites bêtes puis de plus en plus grosses jusqu'à les exterminer (mammouth, rhinocéros laineux, cerf géant, aepyornis, Moa, mégathérium et autres). L'homme si doué a créé du paradis avec sa tête, envahi la planète entière. Il y a des guerres hélas, mais elles obligent la société à rester petite (small is beautiful).

(3) Remise en question par Michel Brunet, mais à vrai dire qu'il s'agisse de la formation de la Rift Valley ou d'une agression de la forêt équatoriale importe peu.

SOCIALES DE
SANTÉ

La crise néolithique

En 8000 avant Jésus-Christ, l'homme a eu la bonne (?) idée de cultiver la terre. Cette idée a coûté très cher, la démographie s'est emballée, la nature a reculé, l'agriculture permet de nourrir des foules nombreuses, par contre la santé moyenne s'est dégradée, la paléo-pathologie nous montre l'apparition de nombreuses maladies inconnues jusqu'alors ; en gros on peut dire que l'homme est passé d'une vie de qualité à une vie de quantité. Ce n'est pas le capitalisme qui nous a mis dans le trou, mais la révolution néolithique, et d'ailleurs cette révolution technique a un lien très fort avec le pouvoir politique centralisé. Ce qui n'est pas très clair c'est de savoir si l'agriculture a précédé le despotisme ou le contraire. Nous pouvons citer Diamond : *en même temps qu'elle a suscité pour la première fois la division de la société en classes, l'agriculture a peut être également exacerbé les inégalités entre les sexes qui existaient déjà. Les femmes se sont vu bien souvent octroyer une part de labeur plus grande, elles ont été épuisées par des grossesses plus fréquentes et elles ont donc souffert d'une santé plus médiocre*⁴.

Pour Pierre Clastres, comme pour des auteurs français qui ont étudié le pouvoir dans l'antiquité scandinave, le despotisme est apparu même dans des sociétés de chasse-cueillette. C'est peut être la caste dominante qui a inventé l'agriculture⁵. Dans ce cas, la série serait chasse-cueillette -> an-archisme -> despotisme -> agriculture -> renforcement du despotisme. Quoiqu'il en soit, avec la révolution néolithique nous voyons apparaître tout ce que nous haïssons : la surpopulation, la dictature d'une minorité (la classe des accapareurs), la maladie, une intense souffrance morale des classes dominées. Ce n'est peut être pas un hasard si nous voyons apparaître concomitamment une religion constituée. Clastres regarde la crise du néolithique avec amertume, mais sa mort prématurée ne lui permettra pas de répondre à la question cruciale : comment est-on passé de la bande égalitaire à l'Etat despote ?

Benoît Dubreuil, dans sa récente thèse de philosophie (ULB), cherche à poursuivre l'œuvre interrompue de Pierre Clastres. Sa conclusion

sur l'origine de l'Etat peut se lire dans ce résumé : *La taille des sociétés humaines est sensible à un effet de plafonnement. Ceci s'explique par le caractère conditionnel de la coopération humaine et par la mémoire limitée des humains en contexte social. Ce plafonnement de la taille des groupes ne peut être surmonté que si les humains créent des institutions qui permettent une division sociale du travail de sanction, ce qui à son tour dépend de l'émergence chez l'homme d'un langage et d'une théorie de l'esprit complexes. L'argument proposé est de type fonctionnaliste et vise à appuyer les théories en sciences sociales qui s'intéressent à l'évolution de la culture et des formes politiques.*

Qu'il faille un Etat pour gérer les grands groupes on s'en doutait un peu, mais pourquoi l'homme qui résistait vaillamment aux grands groupes y a-t-il succombé ? Là encore, on reparle d'une crise climatique qui aurait favorisé le nouveau mode de vie.

Bien, nos sociétés sont inégalitaires mais il y a du champ entre les sociétés scandinaves et les Etats-Unis.

(4) *Les sociétés agricoles sèvrant plus tôt, donc les femmes sont plus rapidement de nouveau enceinte.*

(5) *Sur le lien entre agriculture et despotisme, il est passé peut-être par la polygynie. Le chef avait de nombreuses épouses qu'il faisait travailler pour faire le généreux auprès de sa tribu. Un transfert du travail a pu se produire des épouses vers les « sujets ».*



Pourquoi donc maintenir ces inégalités ?

Pour les économistes classiques, l'inégalité est un moteur de la croissance et la croissance génère de la santé (cf. le site de l'OMS) Mais est ce bien exact ? En la matière, la Banque Mondiale parle d'or (forcément) : une répartition non optimale des revenus a-t-elle un effet bénéfique ou préjudiciable sur le développement d'un pays ? Les opinions divergent à ce sujet et, par exemple, sur la question de savoir s'il vaut mieux que le coefficient de Gini⁶ soit plus près de 25 % (comme en Suède) ou de 40 % (comme aux États-Unis). Il faut considérer les arguments suivants : *Une répartition des revenus parfaitement égale⁷ peut être préjudiciable à l'efficacité de l'économie. Prenez, par exemple, le cas des pays socialistes, où le maintien d'un niveau d'inégalité délibérément réduit (en l'absence de bénéfices privés et avec des écarts minimes entre les traitements et salaires) a privé les individus des incitations propres à leur faire prendre une part active à la vie économique. L'égalisation des revenus instituée par le système socialiste a eu diverses conséquences : manque de discipline et d'initiative parmi la main-d'œuvre, choix limité et faible qualité des biens et services, lenteur des progrès techniques et, en fin de compte, surcroît de pauvreté du fait d'une croissance économique moins soutenue.*

En revanche, des inégalités excessives ont un effet négatif sur la qualité de la vie des individus. L'incidence de la pauvreté s'en trouve accrue, ce qui entrave les progrès en matière de santé et d'éducation et contribue à la criminalité.

Nos brillants économistes sont donc incapables de trancher entre une société fortement égalitariste (la Suède) et une autre très inégalitariste (les États-Unis). On croit rêver....

Au surplus, sur les considérations partiellement exactes à propos des économies planifiées, ils ne se posent pas la question de savoir si d'autres facteurs n'ont pas déterminés la stagnation économique, par exemple la course aux armements. On se souviendra que, durant les 30 glorieuses, les pays désarmés (Allemagne et Japon) ont eu la croissance la plus spectaculaire.

La banque mondiale pense que l'égalité de

revenus est néfaste à l'initiative, mais un des pays les plus dynamiques, la Finlande, est fortement égalitariste. Le lien entre inégalité et croissance est tout sauf évident.

Les inégalités sociales ont-elles un impact sur la santé et si oui lequel et comment ?

Les inégalités sociales ont un impact évident sur la santé puisque les pauvres sont plus malades (qu'on le mesure objectivement ou subjectivement) et meurent plus tôt que les riches. Ce constat est connu depuis des siècles, mais il est souvent occulté, même sur le Titanic, les pauvres ont payé un tribut proportionnellement supérieur à celui des riches, ce qui reste proprement fascinant. Ce phénomène est observable aussi chez les animaux sociaux.

L'IRDES vient de remettre sur le métier la question des inégalités sociales de santé dans une publication toute récente.

Cette étude (Share) démontre les impacts conjugués des héritages, surtout paternel (donc le Nom du père n'est pas complètement disparu, certes il ne forme plus la norme, mais la réussite sociale !). Il s'agit d'une étude multivariée, ce qui permet d'étudier les facteurs individuellement puis groupés. La profession des parents a un impact, celle de la mère est directe mais se dilue dans la multivariée. Celle du père se maintient mais via la profession de l'enfant (effet indirect). La santé des parents semble avoir un impact, mais est-il génétique ou culturel, l'étude ne peut le dire. Le niveau d'étude du descendant peut contrecarrer l'impact parental (social). Le niveau d'étude obtenu quelque soit l'origine sociale est aussi un facteur positif (probablement en agissant sur le sentiment de maîtrise, objectif et subjectif....).

Le plus étrange c'est que les auteurs concluent que ces inégalités de santé sont injustes (puisqu'héritées), et qu'il faudrait en conséquence donner des cours de prévention dans les écoles... comprenez qui pourra ?

Donc, premier constat, que ce soit au niveau des populations ou au niveau des individus, la santé dépend de la position sociale. Classiquement on utilise deux indicateurs : le revenu et

(6) Le coefficient de Gini est un outil de mesure des inégalités : il varie entre 0 % et 100 % (0 % = égalité parfaite et 100 % = inégalité parfaite).

(7) Question déjà assez perverse, car qui exactement veut une répartition **parfaitement égale** ?

SOCIALES DE
SANTÉ

le niveau d'étude. Ces deux variables ont évidemment une forte corrélation.

Un premier débat a porté sur la cause et l'effet : est-ce la pauvreté qui induit la maladie ou la maladie qui induit la pauvreté ? La plupart des études fixent clairement le sens pauvreté -> maladie plutôt que l'inverse. Mais cela ne nous dit pas encore comment la pauvreté induit la maladie. Un premier bouquet d'hypothèses porte sur les facteurs biologiques : malnutrition, mauvais environnement, faible accès aux soins de santé... Un autre ensemble sur des facteurs psychosociaux malencontreusement appelés style de vie : tabagisme, alcoolisme, toxicomanies, comportements à risque... Ces deux ensembles de facteurs sont évidemment pertinents. L'amélioration de ces facteurs produirait un gain de santé. Enfin, certains insistent sur l'effet « pur » de position sociale, l'explication serait psycho-neuro-hormonale. La position inférieure engendre un stress du dominé qui génère une cascade d'effets toxiques sur l'organisme. Ce processus a été mis en évidence chez les singes, mais aussi dans l'étude de Whitehall.

Il en a résulté un grand débat qui n'est pas encore terminé et que je vais proposer à votre sagacité. Preston en 1975, Rodgers en 1979 et enfin Wilkinson en 1986 défendront l'hypothèse du lien entre la distribution des revenus et la mortalité. Les études écologiques (qui travaillent sur des données agrégées) montraient que les pays les plus inégalitaires avaient de moins bonnes espérances de vie que les pays plus égalitaires.

Rodgers, dans son article princeps, avait d'ailleurs expliqué la logique de cette différence en montrant la courbe exponentielle négative inverse. Cette courbe qui plafonne aux limites de la longévité humaine, génère des gains de survie de plus en plus petits au fur et à mesure où l'on injecte des facteurs favorables : argent, soins de santé... C'est la courbe des rendements décroissants bien connue des économistes et de Malthus en particulier qui y voyait une raison de limiter les naissances. Donc dans une distribution inégalitaire, le pauvre est loin du maximum et un petit gain en argent (moyen) aura un grand impact santé tandis que la petite perte du riche n'occasionnera pas de diminution de sa santé.

L'impact de l'article de Rodgers fut très important, celui de Wilkinson encore plus, au point que j'avais espéré l'inviter à un congrès de notre belle Fédération. Sa méconnaissance du français l'avait malheureusement tenu éloigné de notre merveilleux petit Royaume. Comme bien on se doute, cette thèse fut combattue car elle devait en gêner d'aucun. On a par exemple pu lire que la fameuse exponentielle négative inverse de Rodgers constituait un artefact. Il est vrai que la courbe de Rodgers n'implique pas le 3^{ème} facteur social mais un simple effet de saturation de l'ensemble des facteurs de santé. Cela étant, elle justifie pleinement le choix d'une politique égalitariste pour obtenir la meilleure santé. Et cela suffit amplement. Le débat donc porte sur la réalité de cette courbe c'est-à-dire est-ce vraiment comme cela que ça se passe ? Les études les plus récentes ne le mettent pas en évidence, ce qui ne veut pas dire que cela n'est pas. Comme le disent les plus prudents des contradicteurs, la santé a forcément des déterminants variés, dont certains sont colinéaires (ont parle de multi-colinéarités). Les calculs statistiques résistent mal à cela.

Ainsi, dans les études, l'effet de position est mélangé au style de vie et à l'environnement et ces 3 varient globalement de concert. Pour faire des études multivariées, il faut des données au niveau des individus. Or l'inégalité d'une société est une valeur groupale, l'intégrer dans les valeurs individuelles n'est pas simple on ne peut l'utiliser comme le revenu ou le niveau d'étude. Il faudrait théoriquement mesurer la perception d'être dominé de chaque individu ce qui est une variable d'enquête donc peu connue dans les études de populations, enfin étudier le lien entre ces variables subjectives et la structure macro-sociale...

Il faut souligner que l'impact de la distribution de revenu sur la santé infantile se maintient dans les nouvelles études ce qui donne plutôt à penser que l'impact de la distribution de revenu peut se voir à la naissance, mais qu'après, les chemins de vie (une autre variable de plus en plus étudiée) se diversifient et estompent l'effet inégalitaire « pur ».

Pour conclure, la *Big Idea* de Preston, Rodgers & Wilkinson est très probablement exacte, mais la structure de la variable inégalité de revenus



pas une façon scientifique de raisonner en matière éthique qui, à nouveau, s'oppose à l'attitude religieuse. Cette approche est l'utilitarisme qui repose sur un seul principe éthique non factuel, à savoir qu'il faut globalement maximiser le bonheur. Ce principe ne peut évidemment pas être justifié scientifiquement. Mais, une fois qu'il est admis, à cause de son caractère intuitivement évident...

Ces 2 évidences donnent bien évidemment à penser...

● Le principe d'équité et l'utilitarisme

L'utilitarisme est une piètre boussole pour s'orienter, je cite : *On doit aussi à Mill la reconnaissance de la dimension qualitative des plaisirs. Contrairement à Bentham, qui ne hiérarchise pas les plaisirs et s'intéresse uniquement à la quantité de ceux-ci, John Stuart Mill défend une différence de qualité entre les plaisirs. On peut ainsi préférer une quantité moindre d'un plaisir de plus grande qualité à une quantité supérieure d'un plaisir de qualité plus médiocre.*

est problématique. Le 3^{ème} facteur social existe et mérite l'attention. Il est utile d'étudier ce facteur pour lui-même (par exemple dans les maisons médicales et leur sacré tableau de bord). Par contre il n'est pas nécessaire de prouver l'existence du 3^{ème} facteur ni de la *Big Idea* pour que les acteurs de santé publique combattent les inégalités dès aujourd'hui car il y a déjà les deux autres... et comme c'est précisément le 3^{ème} facteur qui engendre le 2^{ème}.

On voit d'emblée de grandes difficultés, la hiérarchie des plaisirs sera-t-elle universelle (même négociée), ou bien le libre choix déterminera-t-il chaque maximum subjectif ? Nous allons essayer de relever brièvement ce qui peut nous être utile dans l'immense littérature touchant l'utilitarisme.

L'utilitarisme est pratique car dans les meilleurs cas il permet de faire des choix sur base d'un calcul de préférences « communes ». Par exemple les calculs de Qaly (années de vie ajustées pour la qualité de la vie).

L'égalité est donc une stratégie de santé publique.

A ce sujet il n'est pas mauvais de se pencher sur l'utilitarisme ou plutôt les utilitarismes.

Reprenons la phrase de Bricmont citée par notre camarade Hoffman dans la livraison précédente de Santé Conjuguée : *On entend souvent dire - et on cite Hume à ce sujet - qu'on ne peut pas déduire logiquement des jugements de valeur à partir de jugements de fait. C'est certainement vrai, mais cela ne veut pas dire qu'il n'existe*

L'utilitarisme est un égalitarisme comptable (un compte pour un). L'utilitarisme est conséquentialiste (la valeur d'un acte, ou d'une règle, est mesurée à ces conséquences, toutes ces conséquences. Par exemple, si je sauve le petit Adolphe Hitler de la noyade, mon acte, quoique généreux, est néfaste.) L'utilitarisme est un naturalisme (le bien est la rencontre avec notre nature ; mais l'homme a-t-il vraiment une nature ?) L'utilitarisme est un maximalisme (il veut produire le maximum de bien global). L'utilitarisme peut conduire à de fortes inégalités de résultats, car la distribution du



bonheur lui est indifférente (seule compte la moyenne, pas l'écart type).

Par opposition, un « vrai » égalitariste s'intéresse aussi à l'écart type, nous avons déjà analysé ce point plus haut. L'utilitarisme peut donc sacrifier les plus pauvres à la maximisation du bien-être global. Denis Collin montre bien que ce sacrifice social est différent du sacrifice généré par la quarantaine ou le cordon sanitaire en santé publique. Comme le dit très bien Collin, il est possible que des gens préfèrent une société globalement moins prospère mais plus égalitaire ; encore faut-il leur poser la question pour le savoir !

● **Quand on sacrifie quelqu'un, qui est-ce et sur quel autel ?**

Pour la gauche il faut sacrifier le riche. Mais le risque actuel c'est qu'il s'en aille ; cependant le jour ou la terre sera un seul peuple, une seule loi, où le riche ira-t-il cacher son pognon ? A quand la mondialisation fiscale ? (c'est-à-dire la disparition de la concurrence fiscale).

Pour Rawls, on peut sacrifier n'importe qui pourvu que ce soit au bénéfice du plus pauvre. Pour Pareto, il n'y a qu'un optimum global mais dans cet optimum global, toute modification conduit à une détérioration de l'état d'au moins une personne sans amélioration des autres. Il s'agit donc ici d'un optimum économique. Il peut y avoir plusieurs optimums de Pareto dans une société donnée. Comme chez les utilitaristes, la moyenne est prépondérante, mais on se préoccupe de maximiser aussi chaque individu. Mais comme cela se passe dans le cadre d'une économie libérale, les inégalités peuvent être fortes. De plus il faut distinguer le bien-être (Pareto) du bonheur (Stuart-Mill).

Au total nous voyons que, à supposer acquis qu'un Gini à 20% (Suède) n'est pas moins performant qu'un de 40% (USA), le choix utilitariste doit aussi nous conduire à une société plus égalitaire (20%). La surmortalité massive assumée par le système américain ne peut elle s'assimiler à un crime contre l'humanité passible de la cour de Justice internationale ?

Vos avis nous intéressent...

- *La bibliographie est consultable sur le site <<http://www.maisonmedicale.org/?id=sc2007>>. Elle peut aussi être obtenue sur demande au secrétariat de la Fédération.*

Les CPAS, au pied du mur des inégalités

Anne Herscovici,
sociologue,
présidente du
CPAS d'Ixelles de
2001 à 2007.

Propos recueillis
par Axel
Hoffman.

.....
Quand on se retrouve au bas de l'échelle sociale, le CPAS constitue le dernier « gros » filet institutionnel susceptible de préserver une dignité de vie et une affiliation sociale. Y a-t-il dans les CPAS une prise de conscience des problèmes de santé liés aux inégalités dont sont victimes leurs « clients », y a-t-il des moyens et des dispositifs pour y répondre ? Nous avons posé la question à Anne Herscovici, sociologue, particulièrement sensible aux problèmes d'inégalités de santé, et qui a été présidente du CPAS d'Ixelles de 2001 à début 2007. Voici ce qu'elle nous a répondu.
.....

réflexion sur la question des déterminants non médicaux de la santé soit assez rare dans les CPAS, en particulier pour tout ce qui touche à la position dans la hiérarchie sociale, à l'estime de soi, aux liens sociaux. Et savoir qu'être pauvre est mauvais pour la santé ne se traduit pas pour autant par des politiques préventives. Il faut reconnaître que la marge de manoeuvre des CPAS est assez maigre en raison des contraintes légales qui leur sont imposées. Certaines d'entre elles ne sont pas bonnes pour la santé. Par ailleurs les moyens humains et budgétaires dont disposent les CPAS ne sont pas, comme on dit, à la hauteur des enjeux. Un petit mot sur ces moyens pour éviter une lecture qui diabolise les CPAS.

Le mode de financement des CPAS est en partie fédéral et en partie communal. Les CPAS qui comptent plus de 1.000 bénéficiaires touchent du fédéral 65 % du revenu d'intégration. Presque tout le reste est à charge communale, hormis une toute petite part régionale. Les fonds fédéraux énergie/médiation de dettes et le budget culturel sont venus récemment améliorer la situation. Mais pour le reste, le CPAS n'ayant pas de ressources propres, il doit chercher des ressources complémentaires auprès de la commune, qui est elle-même censée avoir un budget à l'équilibre. Quand le CPAS présente l'addition à la commune, les échevins s'arrachent les cheveux parce qu'ils vont devoir, eux, renoncer à des politiques éventuellement importantes, en instruction publique, en culture...

Pour les CPAS, la question des inégalités de santé s'arrête le plus souvent à celle de l'accès aux soins. Ils estiment leur mission principale remplie quand sont mises en oeuvre des mesures, telles que la carte médicale, qui assurent que tous puissent bénéficier des soins de santé. Et prendre en charge le coût des soins de santé, ce n'est déjà pas rien. A Ixelles par exemple, outre les bénéficiaires du revenu d'intégration (2.283 en juin 2006) et leurs enfants, 1.570 personnes ont une carte médicale (pensionnés, chômeurs, personnes en situation illégale).

On sait pourtant que les soins de santé ne pèsent que pour une part relativement marginale, en tout cas à l'échelle collective, dans l'état de santé des personnes. Mais je crains que la

Globalement, plus une commune est pauvre, plus elle a de dépenses sociales et moins elle a de rentrées fiscales. La section CPAS de l'Union des villes et des communes revendique d'ailleurs un remboursement du revenu d'intégration à hauteur de 90 % : pour alléger la charge des communes et pour une solidarité mieux répartie à l'échelle du fédéral, dont les politiques ou les non-politiques (logement, chômage, immigration, santé) ont souvent pour effet de transférer des dépenses vers les CPAS. Tutelle fédérale, tutelle régionale, tutelle communale : les CPAS sont sous haute surveillance. A la différence des zones de police, qui n'ont pas de compte à rendre et coûtent pourtant si chers aux communes.

Avec une meilleure intervention fédérale, les CPAS pourraient, à budget égal, penser santé, prévention, travail communautaire.

Mots clé : inégalités de santé, accès aux soins, culture et santé.



Revenu et logement

Parmi les facteurs qui déterminent la santé, un des plus importants est le revenu. D'abord parce qu'avec le revenu, c'est la qualité du logement qui est en cause. Actuellement, le coût des logements constitue un problème dramatique. Obligées de faire face à des loyers trop chers par rapport à leurs ressources, les personnes qui ne bénéficient que d'un revenu d'intégration ont le choix entre endettement structurel, ce qui n'est pas très bon pour la santé mentale en termes de stress, et logement pourri, qui n'est bon ni pour la santé mentale ni pour la santé physique. Quand on habite à quatre dans une seule pièce, sans espace à soi, avec l'eau qui coule le long des murs, comment s'étonner que les gens « pètent les plombs » et que les enfants ne travaillent pas bien à l'école ? Quand le logement est trop exigu, mal insonorisé, difficile d'y inviter des connaissances, de s'y sentir protégé et d'y nouer des relations sociales. Difficile aussi d'avoir une consommation énergétique « raisonnable » quand le logement est mal isolé. Si les CPAS paient la consultation du médecin généraliste et des médicaments, il est sans doute plus rare qu'ils paient le remplacement d'un carreau cassé ou qu'ils entreprennent des démarches pour qu'un propriétaire remplace des châssis vermoulus. Ce qui serait pourtant la meilleure façon d'éviter les frais d'une nouvelle consultation médicale.

Les CPAS ne demeurent pourtant pas inactifs sur le plan du logement : ils peuvent mettre à profit les visites à domicile des assistants sociaux pour détecter les logements insalubres ou non conformes au code du logement. En concertation avec la commune, les CPAS peuvent agir à l'égard des propriétaires, aider à la recherche d'un logement salubre et des moyens d'y accéder (notamment les ADIL, qui couvrent temporairement le supplément de loyer lorsqu'on accède à un logement plus salubre), mais cet accompagnement n'empêche pas les propriétaires d'exiger des prix très élevés ou de refuser sous de multiples prétextes de louer leur bien à qui n'a pas la peau blanche. La fermeture d'un logement insalubre peut se traduire in fine, pour celui qui l'occupait, par une nouvelle galère, la location d'un autre logement insalubre. A Ixelles, nous avons tenté

d'éviter cela en collaborant de façon systématique avec la Commune, la Région et les associations spécialisées dans les questions de logement.

Mais la question de base demeure l'insuffisance du revenu dans le contexte locatif actuel. Avoir un emploi, toucher une pension ne garantit plus non plus le droit au logement.



Piège à la sortie aussi...

Le revenu d'intégration est beaucoup trop bas, mais pas seulement le revenu d'intégration : les allocations de chômage et les petits salaires aussi. Il ne faut pas perdre de vue que, sauf pour quelqu'un qui a une qualification, toute personne aidée par le CPAS (surtout une femme avec enfants), va voir son niveau de vie baisser en passant du CPAS au chômage ou à un emploi non qualifié. Avec un boulot, elle perd les allocations familiales majorées, le statut VIPO, la gratuité des transports en commun, les chèques sport, les chèques culture et le soutien des assistants sociaux (qui, dans les bons CPAS, est quand même important). Les dépenses par contre augmentent : crèche, transports, vêtements, etc. C'est tout le thème du piège à

l'emploi.

Par ailleurs, le niveau de certains salaires est tellement bas qu'on voit venir au CPAS de plus en plus de travailleurs qui demandent de l'aide pour payer les soins de santé. Y compris nos propres travailleurs qui ne peuvent pas se payer, par exemple des prothèses dentaires ! Au nom de quoi certains conseillers refusent de payer pour les usagers du CPAS...

Vous avez dit revenu « d'intégration » ? Des lois mauvaises pour la santé

Voyez le niveau du revenu d'intégration : 644 euros pour un isolé. A Bruxelles, il n'y a pas moyen de trouver un logement correct (et encore...) à moins de 400 euros. Quand on a réglé ces 400 euros de loyer, déposé la garantie locative, payé l'eau, le gaz, l'électricité, les assurances, que reste-t-il pour se meubler, se vêtir, se nourrir, se soigner, se faire un cadeau et faire un cadeau, car cela aussi fait aussi partie de la santé mentale ? Et quelle force ne faut-il pas, dans ce contexte, pour se projeter dans l'avenir, pour affronter une formation, la recherche, souvent vaine, d'un emploi « normal ». Même si les travailleurs sociaux des CPAS peuvent offrir un précieux point d'appui.

Tout le monde reconnaît donc qu'il est impossible, à Bruxelles du moins, de mener une vie conforme à la dignité humaine avec le seul revenu d'intégration. Pourtant ce minimum de moyen d'existence est aussi le maximum autorisé.

Tout ce que les usagers d'un CPAS tentent pour s'en sortir (logement partagé ou petits boulots) est aussitôt neutralisé financièrement. Avoir plus que ce minimum est de fait interdit !

Une manière d'améliorer sa situation, c'est de partager un logement, ce qui peut être excellent en termes de santé mentale, de liens sociaux, de solidarité et permet d'avoir un logement de meilleure qualité sans dévorer plus de la moitié de son budget. Mais là on tombe dans la règle de la cohabitation, définie par la loi comme le fait de faire des économies d'échelle et de régler principalement en commun les questions ménagères. La cohabitation se traduit donc par un montant raboté à 429 euros. Peu importe qu'il n'y ait éventuellement aucune vie com-

mune et que chacun fasse ses courses de son côté.

Par ailleurs combien de vrais projets de vie commune ne sont-ils pas mis à mal par ces règles relatives à la cohabitation ? Combien de couples ne se séparent-ils, plus ou moins fictivement, pour disposer de plus de ressources et combien de pères ne sont-ils plus finalement que de passage ? Combien de disputes et de vraies séparations quand un couple découvre que la vie commune s'accompagne d'une forte diminution de ses ressources ? Avec in fine, un nombre impressionnant de mères qui se retrouvent seules avec leurs enfants et noyées sous les responsabilités.

Trouver un travail à temps partiel, saisonnier ou intérimaire ne permet pas non plus de sortir vraiment la tête de l'eau : à l'exception de 200 euros qui peuvent dans certains cas être immunisés, tout salaire gagné doit être déduit du revenu d'intégration. Cela n'est guère stimulant, et c'est vécu comme une profonde injustice par ceux qui, souvent sans qualification, ne trouvent que ces petits boulots précaires, souvent loin de leur domicile et avec des horaires inconfortables. Ils améliorent à peine leurs ressources mais doivent faire des démarches administratives fastidieuses, avec le risque de toucher leur revenu d'intégration complémentaire avec retard. Les revenus du travail en noir doivent aussi être déclarés au CPAS. On ne le dénonce bien sûr jamais à aucun service, mais on tient compte du revenu qu'il est censé avoir procuré. Ne pas informer le CPAS de ses revenus, c'est une des façons de se débrouiller sans devoir demander des aides complémentaires, mais c'est courir le risque d'être « pris » avec, à la clé, remboursements des sommes indûment touchées et sanctions. Depuis l'entrée des CPAS dans la Banque Carrefour, il est d'ailleurs devenu impossible de cacher longtemps un travail déclaré.

Si le revenu d'intégration ne permet pas de mener une vie conforme à la dignité humaine, rien n'interdit aux CPAS, sauf le manque de volonté politique ou le manque de budget, de payer des aides complémentaires, sur fonds propres ou grâce à des fonds fédéraux. Pour le logement par exemple, ils disposent de fonds fédéraux qui permettent de payer les dettes de gaz, d'électricité, d'eau. Mais cela veut dire, pour ceux qui y font appel, une dépendance accrue à l'égard du CPAS. Quand les assistants

SOCIALES DE
SANTÉ

sociaux proposent la prise en charge des factures d'énergie impayées, certains conseillers de l'action sociale regardent non seulement si la consommation est raisonnable, s'il n'y a pas une augmentation de la consommation, mais aussi si cette demande n'est pas récurrente. A la troisième demande, il va inévitablement se trouver un mandataire ou une majorité de mandataires pour dire que ça devient un système, que c'est trop facile. Qu'est-ce que ça veut dire : « c'est trop facile » ? Et comment gérer son budget en bon père de famille quand le manque est structurel et que toute initiative autonome pour le combler est neutralisée ?

Entre soupçon de fraude et mise en cause des capacités gestionnaires des bénéficiaires du revenu d'intégration, la voie est étroite : quand ils parviennent à tout payer seuls, certains conseillers disent : « il/elle travaille en noir, avec ce que le CPAS lui donne, c'est pas possible de payer un loyer pareil ». A l'inverse, quand une personne apporte régulièrement ses factures, les mêmes disent : « qu'est ce qu'elle fait de son argent, elle gère mal ». Vivre dans cette situation d'insécurité, où on est condamné soit à demander des aides, avec ce que cela peut avoir d'humiliant, soit à se « débrouiller » (certains appellent ça frauder), dans le stress du « comment on va s'en sortir » ou du « pourvu qu'on ne se fasse pas coincer », je ne pense pas que ça soit bon pour la santé mentale.

Budget étriqué et comportements de santé : l'impossible promotion de la santé ?

L'examen du budget des personnes aidées par le CPAS fait parfois apparaître des dépenses mauvaises pour le budget et mauvaises pour la santé. Le poste cigarettes, pour ne citer que le plus « avouable », peut faire sursauter. La tentation est grande, et certains conseillers y cèdent, de « moraliser », de refuser de payer des meubles, des factures de gaz ou autres, estimant que la personne endettée n'a qu'à arrêter de fumer... Et d'inviter les assistants sociaux à obtenir des changements de comportement ! Dans le même registre, certains trouvent qu'il ne faut pas apporter d'aides complémentaires aux femmes « irresponsables » qui ont « trop

d'enfants vu leur situation ». Comme si leur rendre la vie plus difficile allait les conduire à adopter une méthode de contrôle des naissances efficace !

Autre aspect « santé » : l'alimentation. Certains CPAS mettent sur pied des ateliers cuisine, où on travaille à la fois la diététique, l'équilibre des repas et celui du budget. Et le plaisir d'une table partagée. Sur le mode non contraint, cela marche. Mais je ne sais pas combien de temps cet « écolage » résiste aux publicités pour les chips, le chocolat et le coca-cola. Je sais en tous cas que les CPAS n'ont pas de budget pour faire ce travail. Sauf projet retenu par l'une ou l'autre Fondation. Encore faut-il pouvoir payer des « porteurs de projets ». Il en va de même d'ailleurs pour tout travail de type communautaire, qu'il s'agisse de lutter contre les allergies, ou les cafards ou de ne pas gaspiller l'énergie.

Souffrance psychosociale et aide conditionnée : les CPAS désarmés

J'ai eu régulièrement un terrible sentiment d'impuissance devant des usagers qui me semblent « à côté de leurs pompes » – mais je ne suis pas médecin - très dépressifs et/ou consommateurs abusifs de psychotropes. Ils se mettent en défaut par rapport aux exigences de la loi. Ils ne remplissent pas leurs obligations (multiples rendez-vous ratés, formations abandonnées, démarches administratives non effectuées, agressivité ou léthargie, etc...) et risquent donc de se voir priver du revenu d'intégration. Et de plonger en conséquence dans une situation pire encore.

Là où je pense souffrance psychique, d'autres voient absence de bonne volonté, refus de collaboration. Mon diagnostic amateur est réduit à de la « naïveté » ou à de la gentillesse mal placée. Une attestation médicale permet de suspendre les obligations des usagers, mais encore faut-il qu'ils acceptent de voir un médecin et que le médecin fasse plus que délivrer un certificat. Dur aussi de devoir médicaliser, si pas psychiatriser une personne pour lui éviter la perte de ses droits. Dur de se contenter de ce minimum-là, de n'avoir d'autre perspective à proposer que le maintien d'une aide financière.

Jusqu'à l'âge de la pension ? Cela ressemble à de l'abandon, du renoncement face à une cause qui serait perdue. Les CPAS ne disposent pas ou peu des outils qui permettent un accompagnement spécifique, un travail d'insertion socio-professionnelle adapté et donc à bas seuil d'accès.

Il n'est pas rare, face à des problèmes de santé avérés qui compromettent toute action d'insertion socio-professionnelle, que certains mandataires proposent de conditionner le maintien du revenu d'intégration au suivi d'un traitement médical. Ou à des démarches pour la reconnaissance d'un statut de handicapé...

La plupart des assistants sociaux suivent heureusement des formations, connaissent le réseau santé de leur commune et savent que l'injonction thérapeutique fonctionne rarement. Si on leur en donne le temps - c'est trop rare - ils tentent d'établir une relation de confiance, de mettre en place un travail de structuration, un accompagnement qui ne se focalise pas nécessairement sur la mise à l'emploi. L'invitation à un suivi thérapeutique a alors plus de chances d'être entendue.

L'air du temps est à l'activation, au contrat et à l'aide conditionnée. Pas seulement l'air, la loi

sur le droit à l'intégration en porte la marque. Je pense qu'il est indispensable que les médecins, les psychologues aident les CPAS à construire une boîte à outils intelligente pour résister à la force des clichés et des « il n'y a qu'à ».

De la formation à l'estime de soi

Autre registre parmi les déterminants de santé : les questions d'enseignement et de formation. Même s'ils ne réfléchissent pas leur action en termes de santé, les CPAS jouent là un rôle important puisqu'ils permettent à de nombreuses personnes de mener à bien des études, à tous les niveaux, dans toutes les disciplines. Les CPAS ouvrent de toute évidence à de nombreuses jeunes femmes les portes de l'égalité des chances.

Rôle important mais difficile quand il s'agit de rattraper les échecs du système scolaire. Beaucoup de jeunes sont au CPAS précisément parce qu'ils n'ont pas terminé le moindre cycle d'études, parce qu'ils ont décroché. Inutile de dire que leur envie d'étudier n'est pas souvent spontanée, que les contraintes horaires leur sont depuis longtemps étrangères et que leur estime d'eux-mêmes est faible. Les remobiliser, leur offrir un cadre qui les structure et leur permette de se projeter dans l'avenir, leur redonner confiance et inverser la spirale de l'échec, c'est un fameux travail de santé.

La question de la formation est centrale mais bien difficile aussi pour toutes celles et ceux qui ne connaissent aucune de nos langues nationales ou qui n'ont jamais été scolarisés. Pouvoir lire et comprendre un contrat de bail, un plan de la ville, une étiquette sur un produit de nettoyage, la notice d'un médicament, ou ... les règles du CPAS, c'est une clé pour l'émancipation. C'est bon pour la santé. Cela nous semble évident mais pour les usagers du CPAS qui ont dû quitter leur pays, l'urgence vécue c'est celle des ressources et donc l'obsession du travail à tout prix. Or impossible aujourd'hui de décrocher, au départ du CPAS, un emploi déclaré, même non qualifié sans pouvoir lire un minimum. Les CPAS imposent donc souvent des cours intensifs de français, de néerlandais, ou des cours d'alphabétisation. Si les usagers concernés ne suivent pas ces cours, le CPAS





peut considérer qu'ils ne montrent pas de disposition au travail et supprimer leur aide financière. Or ces cours sont vécus comme superflus ou secondaires. Il faut dire que nombre de personnes aujourd'hui régularisées ont survécu en travaillant en noir sans que la question de la langue ne fasse obstacle. Et qu'il en va toujours ainsi dans le secteur du travail en noir, quelque soit le statut de séjour. La contrainte, et donc souvent l'échec ou la lenteur de l'apprentissage, est vécue comme une humiliation de plus. Mauvais pour l'estime de soi, mauvais pour la santé.

Du côté de ce qui est bon pour la santé, je voudrais pointer la culture, sous toutes ses facettes. Depuis 2003, les CPAS peuvent faire appel à des subsides fédéraux pour encourager « la participation et l'épanouissement culturel » de leurs usagers. Pratiquement cela veut dire qu'en dehors de tout cadre contraignant, les usagers peuvent bénéficier d'une aide financière pour avoir accès à un club de sport ou à une académie, pour l'achat de partitions de musique, ou de billet d'entrée pour un spectacle, pour un stage de danse, d'initiation à internet ou l'achat de livres. Ce budget permet aussi de financer des projets portés par les usagers eux-mêmes, seuls ou en collectif : exposition de photos, de peintures, concert, danse, théâtre. Autant d'occasions pour les usagers de faire lien avec les autres, de valoriser leurs talents et d'être reconnus dans leurs compétences, d'être fiers de ce qu'ils peuvent faire et offrir aux autres. De se sentir respectés.

Respect des usagers

Si les CPAS n'ont pas la maîtrise sur le montant du revenu d'intégration ou des loyers, ils peuvent beaucoup pour le respect des usagers. La manière de recevoir une personne, d'organiser l'accueil pour réduire les temps d'attente, d'informer sur les droits et les obligations (si complexes que les assistants sociaux ou les mandataires eux-mêmes ne s'y retrouvent pas au fil des modifications), ce sont des choses essentielles pour ce qui est de l'estime de soi, pour renouer des liens de confiance, retrouver de l'espoir et donc de la force. Cela implique des locaux adaptés et un nombre d'assistants sociaux tel qu'ils aient du temps pour écouter

et entendre, pour expliquer. Pour se former aussi.

Des travailleurs sociaux soumis à rude épreuve

Avec ma formation de sociologue qui travaille sur les inégalités de santé depuis longtemps, je ne pouvais ignorer qu'il n'y a pas de travail social digne de ce nom sans amélioration des conditions de travail des assistants sociaux. Si on veut faire baisser la pression, l'agressivité, les violences, il faut d'abord que les travailleurs sociaux soient en état de recevoir paisiblement les personnes. A Ixelles, nous avons pu étoffer sérieusement l'équipe des assistants sociaux et leur donner ainsi la possibilité de dégager du temps. On a supprimé les permanences du jeudi matin, en mettant un système de garde en place, pour que les assistants sociaux disposent d'une demi-journée pour organiser leur temps comme bon leur semble, par exemple pour recevoir des personnes avec des problématiques particulièrement complexes sans avoir la pression du rendez-vous suivant, pour des supervisions, des réunions d'équipe, pour lire les revues auxquelles le CPAS s'est abonné, dont *Santé Conjuguée* (ndlr : commentaire non sollicité mais qui fait toujours plaisir), bref prendre de la distance. Une fois par mois, il y a une réunion de tous les assistants sociaux qui en font le programme eux-mêmes : par exemple ils ont beaucoup travaillé avec les différents services de santé mentale de la commune.

Ce travail reste néanmoins dur. Ce n'est pas par hasard si, dès qu'une place hors première ligne se libère, par exemple dans une cellule de médiation de dettes ou une cellule logement, il y a beaucoup d'amateurs. Et je comprends ces demandes. Moi qui n'étais pas vraiment en première ligne, j'ai très mal dormi pendant six ans.

Le travail avec le secteur associatif

Dans un contexte réglementaire et socio-économique qui rend le travail des assistants

sociaux difficile, sortir le CPAS de son ancien isolement est particulièrement important. La Cocom (une des instances de pouvoir régional à Bruxelles, ndlr) a un budget auquel les CPAS peuvent faire appel pour mettre sur pied une coordination sociale. Grâce à ce budget, la coordination sociale a pu à Ixelles devenir un lieu permanent d'échange et de construction de collaborations au niveau communal. Je pense notamment au travail réalisé en matière de logements. Ou de soutien aux personnes âgées. Les échanges d'informations ont aussi permis de dé-diaboliser les perceptions que CPAS et associations avaient l'un de l'autre. Jusque là, le CPAS voyait un peu le secteur associatif comme un secteur irresponsable, sans comptes à rendre, sans cadre normatif, sans tutelles, sans contrôle du Tribunal du Travail... A l'inverse les associations décrivaient le CPAS comme une froide machine à broyer les pauvres gens. A Ixelles, on a fait un travail passionnant parce que, à travers de la coordination et le conseil consultatif de l'action sociale, chacun a pu expliquer les logiques institutionnelles dans lesquelles il travaillait, les lois qui s'imposaient aux uns et aux autres. Ce cadre informatif étant tracé, les questions pertinentes posées de part et d'autres n'étaient plus entendues comme impertinentes, le jeu ne consistait plus à renvoyer aux autres ses impuissances mais bien à en sortir ensemble.

○ *Votre parcours personnel vous rendait sensible à ces problématiques. Avez-vous pu faire passer votre sensibilité ?*

Pour m'en tenir à un exemple, la réorganisation du service social, c'est la marque concrète d'une sensibilité partagée.

Par ailleurs, j'ai essayé d'introduire de l'argumentation, de l'information. Tout ce que je viens de vous dire, je l'ai dit et répété, mais c'est difficile parce que la plupart des mandataires, y compris de bonne volonté, ne prennent pas beaucoup de recul, se laissent emporter par les vents dominants, ceux de l'activation et de la faute individuelle. Ils résistent peu à la tentation de voir en chaque demandeur d'aide un paresseux ou un tricheur potentiel (et des

vrais tricheurs, il y en a). Ce qui m'a le plus agacé, c'était – c'est encore - d'entendre mon point de vue ramené à une question de gentillesse. Comme s'il ne s'agissait pas d'un point de vue politique, d'une question de justice et d'égalité. ●

SOCIALES DE
SANTÉ

L'inégalité dans l'accès aux soins pour les personnes sourdes

On peut aisément imaginer la difficulté d'une personne sourde à comprendre ou se faire comprendre d'un interlocuteur non initié à son mode de communication.

Mais, quand le monde médical rencontre le monde du silence, l'inégalité va au-delà de la simple barrière du langage.

L'assimilation des termes médicaux est également un frein de taille. A nouveau, ce problème ne concerne pas que les personnes sourdes, mais plusieurs facteurs se surajoutent.

Par exemple, les sourds n'ont pas accès aux émissions médiatiques (télé, radio) destinées à vulgariser la médecine et les soins. De plus, il n'existe pas nécessairement un signe traduisant le terme médical utilisé. Et, si signe il y a, la personne ne le comprendra pas forcément.

L'apprentissage des personnes sourdes passe essentiellement par le canal visuel. De ce fait, certains sont incapables de se représenter ce qu'ils ne voient pas. La mécanique du corps humain reste alors un mystère irrésolu. On comprend ainsi toute la difficulté d'intégrer la notion d'infarctus, la formation de cholestérol, le risque d'une thrombose ou l'apparition d'un diabète.

Force est de constater que les supports visuels explicatifs font cruellement défaut au sein de structures non spécialisées. Si un résultat de radiographie peut rester compréhensible, il n'en est rien pour un schéma d'insuline ou une analyse de sang. Les informations, quelles qu'elles soient, restent peu accessibles aux personnes n'appartenant pas au monde entendant.

Autre difficulté, tous les sourds n'ont pas eu l'opportunité de travailler leur capacité de lire et d'écrire dans leur parcours scolaire. Certains seront mis face à une impossibilité de comprendre une prescription, de lire une notice ou même le nom d'un médicament. Ils devront se référer à la couleur des boîtes, aux dessins et symboles existants. Bon nombres d'erreurs et confusions peuvent alors en découler.

De plus, si une personne sourde est alphabétisée, elle n'oralisera ni ne lira forcément sur les lèvres. Et quand bien même elle le pourrait, son accès aux informations données dépendra entièrement de l'attitude de son interlocuteur. Le message ne sera pas compréhensible si le soignant n'utilise pas certaines règles (se mettre en face de la personne, ne pas cacher ses lèvres, ne pas baisser la tête, ne pas se mettre à contre-jour, etc.).

Les spécificités du monde des sourds creusent l'inégalité d'accès aux soins

Pour les personnes sourdes, l'accès aux soins est rendu chaotique par la complexité majeure à comprendre le personnel soignant, mais aussi à se faire comprendre de lui. Cette problématique n'est pas spécifique aux sourds, mais le fossé se creuse selon d'autres facteurs.

Considérons pour l'exemple une personne étrangère, ne sachant pas parler la langue du pays dans lequel elle se trouve : nous sommes face à une difficulté similaire de communication, mais l'étranger peut apprendre, intégrer les mots de base, alors qu'il sera toujours impossible à un sourd de prendre le téléphone pour fixer un banal rendez-vous.

Muriel Grégoire,
Aide à la
Communication
en Langue des
Signes (ACLS) à
la Maison
Médicale
d'Anderlecht et
Odile Jehass,
infirmière,
chargée de
projets en santé à
la Maison
Médicale
d'Anderlecht.

Mots clés : inégalités de santé,
santé publique, sociologie de la santé.



Les tickets d'interprète

La communication avec le monde extérieur est, pour un sourd, constamment dépendante d'une tierce personne.

Pour répondre à cette problématique, des « tickets d'interprète » leurs sont octroyés. En région Bruxelloise, les personnes sourdes disposent d'environ 30 tickets (1 ticket = 1 heure) pour 2 ans. Si la personne utilise tous ses tickets pour raison médicale, elle peut faire une demande pour 2 x 30 tickets pour les 2 ans où un(e) interprète les accompagnera dans leurs démarches, médicales ou autres.

Ceci ne résoud cependant pas tout. D'abord, si une tierce personne doit intervenir en permanence, se pose la problématique de l'intimité dans la relation avec les soignants. Il sera extrêmement délicat de poser des questions d'ordre personnel, de réaliser un examen gynécologique ou encore de débiter une thérapie. Ensuite, il existe peu d'interprètes en Belgique et la demande dépasse très largement l'offre.

Au vu de ces constats, la Maison Médicale d'Anderlecht se voudrait être un « pont de l'entre deux mondes ».

Le projet sourd

L'idée d'un projet spécifique a fait son entrée au milieu des années 90, suite à l'inscription au sein de la maison médicale de plusieurs personnes sourdes. Des membres du personnel se sont alors formés à la langue des signes et en 1999, un service d'Aide à la Communication en Langue des Signes (ACLS) a été créé.

Un projet plus précis est né au début 2000. Son objectif premier tendait vers une autonomisation des patients sourds dans le domaine de la santé. Très vite, la réalité de terrain a pris le pas sur un idéal peu réalisable à notre niveau.

Une structure spécifique en santé incluant les sourds comme personnes ressources manque cruellement à la communauté. Mais ce travail de longue haleine ne serait possible qu'avec l'implication de différents niveaux de pouvoir.

● L'accueil des sourds au sein de la Maison Médicale

La Maison Médicale a voulu recentrer énergie et actions sur sa propre patientèle sourde, dans un désir de leur rendre accessibles les soins de santé. Cette facilité d'accès ne signifie en aucune façon simplifier les soins ou les amputer d'une de leurs dimensions : la santé doit être envisagée pour tous dans sa globalité en vue d'un équilibre physique, mais également psychique, social et environnemental.

Cette volonté trouve toute son essence dans le travail pluridisciplinaire inhérent à la maison médicale et est rendue possible grâce à la présence de l'ACLS. Cette personne, entendante et praticienne en langue des signes, va jouer le rôle d'interface entre le soignant (ou tout autre intervenant) et le soigné. L'information sera rendue la plus accessible possible et ce, grâce à différents procédés.

● Procédés utilisés pour rendre l'information accessible

La reformulation constitue un des principes moteurs de l'aide à la communication. L'ACLS va constamment vérifier que la personne sourde a compris ce qui lui est expliqué, va adapter le



langage en termes simples mais précis, développer les termes spécifiques (qu'ils soient médicaux ou sociaux), ...

La création et l'utilisation d'outils de communication fait partie des pistes exploitées : affiches informatives adaptées, feuilles de traitement spécifique, mannequins, squelettes, ...

L'équipe est sensibilisée aux règles à mettre en place pour créer le contact avec un sourd : se mettre bien en face, garder la tête droite, ne pas cacher ses lèvres, articuler, utiliser tous les canaux possibles (lecture, écriture, dessin, ...).

Certains membres du personnel se forment ou sont formés à la langue des signes (avec des niveaux divers en fonction des désirs et implication de chacun).

Une consultation spécifique a également été mise en place. Elle permet aux personnes sourdes d'être aidées et aiguillées dans les démarches administratives, la rédaction d'une lettre, des coups de téléphone, etc...

En résumé

Les difficultés des personnes sourdes face aux soins sont :

- comprendre et se faire comprendre
- être incapable d'utiliser divers moyens de communication (téléphone, interphone, ...)
- assimiler les termes médicaux sans autres moyens que le visuel
- le peu de supports visuels existant
- communiquer sans posséder systématiquement la capacité d'écriture et de lecture
- dépendre de l'interlocuteur pour obtenir un message clair
- dépendre d'une tierce personne pour les démarches les plus simples

Les pistes de solution sont :

- la création d'outils de communication
- la sensibilisation des interlocuteurs aux règles de communication
- la formation de certaines personnes à la langue des signes
- la reformulation et l'adaptation du langage

Les difficultés rencontrées par l'institution :

- le manque de relais et structures de deuxième ligne (psychiatres, ORL, ...) pratiquant la langue des signes
- le manque d'interprètes pour assurer la communication
- le peu d'utilisation, par les structures courantes, des canaux de communication accessibles (possibilité d'envoyer des SMS au service 100, aux urgences, ...)

En conclusion

La Maison Médicale d'Anderlecht fonctionne au forfait pour des personnes domiciliées sur Anderlecht et inscrites dans l'institution. Nous travaillons actuellement avec un nombre de patients plafonné à 1800. Le projet sourd concerne à l'heure actuelle 19 personnes sourdes et leur famille.

Nous ne nous sommes pas encore donné les moyens de quantifier les résultats obtenus. Cependant, il est de notre volonté d'y remédier dans un proche avenir. Nous souhaiterions pouvoir à long terme étendre nos actions au-delà des frontières de l'institution. Et ce, dans un désir de rendre praticable à tous notre « pont de l'entre deux mondes ». ●

L'interprétariat social

Un instrument permettant un accès égal aux soins de santé

Stephan Backes,
*coordinateur,
 responsable pour
 la Belgique
 francophone et
 germanophone
 de la
 Coordination
 fédérale de la
 traduction et de
 l'interprétariat
 social-COFETIS.*

www.cofetis.be

.....

Aujourd'hui, de plus en plus de services de première ligne doivent toucher des personnes d'origines diverses. Un problème linguistique ne peut être le prétexte pour ne pas aider les personnes dans la société. Même si l'aide linguistique n'est pas en soi une garantie pour un dialogue efficace, elle trouve une place dans une stratégie plus vaste.

.....

prêtes d'occasion, utiliser une troisième langue que parlent un peu les deux personnes... tant de moyens avec lesquels les soignants, tout comme les professionnels d'autres secteurs, imaginent résoudre le problème linguistique. Or de telles méthodes d'urgence peuvent mener à des malentendus sérieux. Dans le domaine de la santé, cela peut être périlleux. Les exemples abondent : le médecin qui cherche à établir un diagnostic ou souhaite l'accord du patient afin de commencer un traitement ; l'infirmière qui veut donner des informations exactes sur les vaccins via une brochure traduite... Les traducteurs et interprètes sociaux aident à surmonter le fossé linguistique et rendent possible le dialogue en restituant de façon fidèle et complète tout ce qui est dit.

Nous définissons l'interprétariat social comme une forme d'interprétariat où un message oral est transmis de façon fidèle et complète d'une langue source vers une langue cible, et ce, afin de permettre au service (public ou privé) d'aide ou d'assistance d'ouvrir son fonctionnement régulier à toutes les personnes et afin que toute personne puisse remplir ses devoirs et, surtout, voir ses droits garantis. Nous distinguons trois types de prestations : l'interprétariat par déplacement, l'interprétariat par téléphone et les traductions écrites.

Un problème linguistique ne doit pas être le prétexte d'une non-participation dans la société. Grâce aux traducteurs et interprètes sociaux, des personnes peuvent faire valoir leurs droits mais également être informées sur leurs devoirs. Des attentes et accords deviennent clairs. Une communication fidèle et efficace est d'ailleurs une condition pour pouvoir remplir un certain nombre de besoins de base (logement, aide médicale, revenu...). C'est seulement après avoir des assurances quant à ces besoins de base qu'une personne d'origine étrangère est capable d'apprendre une des langues nationales, de suivre une formation, de chercher du travail, d'être impliquée dans la vie associative... bref, d'être un citoyen actif.

Les Services de Traduction et d'Interprétariat Social (SeTIS) qui mettent à disposition des interprètes sociaux, n'interviennent qu'en deuxième ligne, c'est-à-dire uniquement lorsqu'un service prestataire (hôpital, maison médicale, service ONE...) de première ligne en formule la demande. En Belgique, les interprètes sociaux interviennent dans une bonne douzaine de secteurs (comptant une soixantaine de sous-secteurs), tel que l'accueil & l'intégration, la santé mentale, l'aide à la jeunesse, la justice, le logement social, etc... Un des secteurs principaux d'intervention est celui de la santé.

Les services prestataires doivent pouvoir apprécier si les bénéficiaires allophones et eux-mêmes ont un besoin en interprétariat social. Cette aide linguistique ne signifie pas que les personnes d'origine étrangère ne doivent pas faire d'efforts pour apprendre une des langues nationales. Mais les services prestataires ont également leur part de responsabilité en décidant de faire appel ou non à un interprète social dans le cas où cet instrument facilite l'intégration de la personne d'origine étrangère. Les traducteurs et interprètes sociaux (plus de 95 % d'eux sont d'origine étrangère) sont d'ailleurs, eux-mêmes, la preuve vivante que l'on peut participer activement dans la société en connaissant bien une des langues nationales.

Mots clé : culture et santé, accès aux soins, inégalités de santé.



Quelle est la plus-value de l'interprétariat social ?

Elle est multiple :

- L'interprétariat social collabore concrètement à l'implémentation d'une politique de diversité dans les services utilisateurs.
- La personne d'origine étrangère est stimulée à apprendre une des langues nationales.
- L'isolement des personnes ne parlant pas ou insuffisamment une des langues nationales diminue, les empêchant de se replier sur eux-mêmes ou sur leur communauté.
- Le degré de participation des minorités ethno-culturelles augmente.
- Les personnes ne parlant pas ou insuffisamment une des langues nationales sont stimulées à participer dans d'autres domaines (p.ex. dans le secteur socioculturel).
- La qualité de la prestation de services prestataires est considérablement augmentée.
- La durée du processus de soin (comme le nombre de prestations) diminue et, au niveau économique, le coût total final est moindre (effet récupérateur, voir ci-dessous).

Une communication claire autour des questions, problèmes et solutions rend la prestation de service plus efficiente et mieux dirigée.

L'effet récupérateur

Un aspect intéressant est celui que nous appelons « effet récupérateur ». En prévoyant, dès le départ, un interprète social assurant la communication et la bonne compréhension entre le professionnel en soins de santé et le bénéficiaire, l'efficacité du service se voit améliorée et le nombre de prestations à prévoir pour le même bénéficiaire diminue fréquemment. Quelques recherches ont été faites sur l'augmentation de la qualité de service par la suppression des barrières linguistiques. Pour ce qui est de l'impact financier, nous constatons cet effet récupérateur : le coût total d'un service rendu est moins important avec un interprète social dès le départ (vu la diminution fréquente du nombre de prestations) que le coût total de

ce même service rendu mais sans prévoir d'interprète.

COFETIS mène également une étude sur cet effet récupérateur, notamment dans les domaines de la santé et de la santé mentale. Dans le même registre : Hertog et Van Gucht soulignent dans leur étude que, dans les hôpitaux publics, la prestation de service en faveur des étrangers et allophones est devenue une tâche importante à laquelle l'on prête de plus en plus d'attention. Une bonne communication rend les soins de santé meilleurs, plus efficaces et finalement meilleur marché.

Une question de droit

L'interprétariat social permet également le respect de la législation, entre autres celle en matière des soins de santé.

Exemples :

- Assurer le secret professionnel et le secret médical : l'interprète social est tenu par le secret professionnel. Son code déontologie le lui impose.
- Bénéficiaire du droit à une communication claire et compréhensible telle que défini dans la loi sur les droits des patients.

mais aussi :

- La réalisation de l'accessibilité tel que définie dans le décret sur la politique sociale locale
- La réalisation des droits fondamentaux tels que les articles 2, 22 et 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme ; le Titre II, art. 23 de la Constitution belge ; l'article 6, §3, aliéna a) et e) de la Convention européenne des Droits de l'Homme.

Au niveau de la santé, un texte de référence est la loi relative aux droits des patients du 22 août 2002 (publication le 26 septembre 2002 ; mise à jour au 17 octobre 2005). Dans cette loi, nous référons notamment à trois articles concernant des patients ne maîtrisant pas ou mal la langue nationale concernée. Dans son Art. 5, cette loi dit que le patient a droit à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le

L'interprétariat social Un instrument permettant un accès égal aux soins de santé

respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

L'Art. 7 dit :

§ 1. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

§ 2. La communication avec le patient se déroule dans une langue claire. Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit.

Enfin, l'article 8 :

§ 1. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable.

§ 2. Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé au § 1er, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

L'interprétariat social constitue donc un des garants d'accessibilité et de qualité au professionnel de la santé quand celui-ci doit prêter son service en faveur d'une patientèle ne maîtrisant pas ou insuffisamment la langue nationale concernée.

d'étrangers vivant sur le sol belge. Pourtant, déduire à partir de ces données brutes le nombre de personnes ne maîtrisant pas ou insuffisamment une des langues nationales est un exercice périlleux. Nombre de paramètres doivent être croisés pour tenter une telle estimation, tels que l'origine des étrangers, leur langue maternelle, leur scolarité, le nombre d'années qu'ils vivent en Belgique et dans quelle région exactement... Et encore, en rassemblant toutes ces données, il s'avèrera toujours ardu de produire un nombre approximatif de personnes nécessitant une aide linguistique. En effet, une personne vivant depuis vingt ans en Belgique aura peut-être besoin d'une telle aide tandis qu'une autre personne y résidant depuis cinq ans n'en aura plus besoin. Le lieu de vie en Belgique a également son importance : une personne originaire d'Afrique du Nord ou subsaharienne rencontrera proportionnellement moins de problèmes linguistiques en Belgique francophone qu'en Flandre. Les exemples et contre-exemples sont nombreux.

Cependant, on peut formuler l'hypothèse qu'il y a des constantes (rapport « nombre d'étrangers » / « nombre d'étrangers nécessitant une aide linguistique »), avec une certaine marge d'erreur, pour le secteur de la santé. Une étude réalisée pour le compte du SPF Santé publique et analysant les besoins en aide linguistique dans des hôpitaux généraux belges observe la même constante entre le nombre d'étrangers soignés et le nombre de ces étrangers ayant besoin d'une aide linguistique pour bénéficier des soins donnés par l'hôpital : un sur deux nécessiterait un/e interprète sur place. La population des hôpitaux généraux étant très représentative, ce résultat est d'une grande valeur. ●

Combien de personnes d'origine étrangère ont besoin d'aide linguistique dans le domaine de la santé ?

Les chiffres disponibles par le SPF Économie (Direction générale Statistique et Information économique) donnent un aperçu du nombre

SOCIALES DE
SANTÉ

Sortir de la précarité, une voie parmi d'autres

Témoignage

.....

On entendait jadis répéter : « les voies du Seigneur sont impénétrables ». Le témoignage que vous allez lire donne à penser que les chemins de la santé (au sens large) sont imprévisibles.

.....

sociale. Ils exprimaient qu'ils n'avaient pas suffisamment de revenus, notamment pour payer les frais scolaires.

La mère avait le désir de s'en sortir, de ne pas reproduire avec ses enfants l'abandon qu'elle avait vécu. Elle voulait un avenir différent pour ses enfants et elle le disait. C'était une incroyable ressource pour sortir de la précarité mais le quotidien ne laissait pas prévoir un bel avenir.

La vie de tous les jours, c'était des difficultés financières, un rejet des enfants à l'école, des crises de violence du père obligeant la mère et les enfants à se réfugier régulièrement chez nous pour aller ensuite dans une maison d'accueil... Ce n'était pas toujours rassurant d'être leurs voisins.

Auteur anonyme, travaillant en maison médicale

« Dans ce témoignage, je désire rester anonyme pour que les personnes dont je parle ne puissent pas être reconnues. Les lieux, certains faits resteront vagues ; les noms seront modifiés ».

Encore maintenant je reste admirative de la manière dont une famille a géré ses fragilités sociales et est sortie de la précarité. Je voudrais faire ici une relecture du chemin parcouru par ces personnes.

Il y a plus de 20 ans, j'habitais et je travaillais dans un quartier en périphérie d'une ville wallonne. Dans ce quartier, se côtoyaient des familles qui étaient là de génération en génération et de nouveaux arrivants dont de nombreuses familles vivaient une précarité sociale. Une vraie solidarité existait entre les gens. Mes voisins, un couple, deux enfants, un garçon, une fille avec tout un lot de fragilités comme bagages pour la vie. Des liens se sont rapidement noués entre ma famille et la leur par l'intermédiaire de Nancy, la fille aînée de sept ans qui appréciait de venir jouer avec mes enfants plus jeunes.

La mère, fragilisée par son passé d'enfant abandonnée, bénéficiait d'une faible scolarité. Le père, aussi fragilisé par son passé d'enfant mal traité et par un handicap, était alcoolique et très violent sous imprégnation éthylique. Leur logement était petit, sombre et difficile à chauffer. Les parents n'avaient pas de boulot fixe. Le père avait de temps en temps un petit travail non déclaré et, sans doute, une allocation



Un jour, un terrible malheur frappa cette famille. Une grande solidarité de quartier s'est alors organisée pour les soutenir et aussi pour agir afin que les mêmes faits ne puissent plus se reproduire. Ils toucheront par la suite un dédommagement important d'une assurance. Par après, lors d'un rite religieux, la famille m'a choisie comme marraine de Nancy et un person-

Mots clés : solidarité, santé communautaire.

nage important du quartier a accepté d'être son parrain.

Leur vie a beaucoup changé dans les années qui suivirent. La famille a acquis un meilleur logement. Le père a arrêté de boire et a trouvé du travail. Nancy a fait les mêmes études que moi, un niveau de graduat, avec une volonté hors du commun d'y arriver. Elle est mariée, elle a deux enfants. Le couple a acheté une maison qu'il restaure avec goût.

J'ai l'intime conviction que notre famille a été un des modèles de référence pour celle de Nancy. Nous n'avons jamais fait de choses extraordinaires pour cette famille. Simplement être là, parler avec eux, les écouter dans une relation d'égal à égal. Ce sont eux qui ont mis la plus grande énergie dans la relation mais sans jamais être envahissants.

Je vois dans ce récit de vie au moins quatre éléments qui ont permis à cette famille de sortir du marasme : le désir et l'énergie d'en sortir d'une mère, désir transmis à sa fille ; le coup de pouce financier qui a pu amorcer une sortie de la déglingue ; la solidarité de quartier qui a montré à ces gens qu'ils avaient de l'importance, qu'ils occupaient une place ; des modèles auxquels ils ont pu s'identifier.

Récemment, sa mère, me prenant à témoin dans une réunion de leur famille, me dit avec fierté et un large sourire : « Nancy, elle a bien réussi ». ●

SOCIALES DE
SANTÉ

L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques

.....

La prise en compte des déterminants non médicaux à la racine des inégalités de santé nécessite le développement de modes d'action adaptés.

.....

Le changement n'est pas seulement possible, il est aussi souhaitable. La pauvreté, le chômage, la maladie mentale, l'injustice, la solitude et l'exclusion sont les grands thèmes de la souffrance humaine depuis plusieurs siècles et ils ont mobilisé, avec une certaine efficacité, nombre de projets réformateurs. Mais la forme même de ces thèmes de souffrance a changé. Ces thèmes ont pris aujourd'hui une tournure « moderne ».

Des politiques de santé obsolètes

Les inégalités en matière de santé sont largement liées au contexte social, ce constat est aujourd'hui bien démontré et observé. Il se confirme quasi pour toutes les pathologies, pour l'utilisation des services, pour l'espérance et la qualité de la vie.

Dès lors que ce constat est fait, quelle leçon peut-on en tirer ? Quelles stratégies d'action ont été dégagées ?

L'observation des politiques dites de santé montre qu'en réalité peu de leçons ont été tirées de ce constat et force est de constater que le débat sur les performances du système de santé se déroule comme si ces déterminants au sens large n'entraient pas en ligne de compte dans les décisions relatives au montant à allouer aux services strictement définis comme médicaux. La réalité reste bien que la pression en faveur du développement du système traditionnel de soins conduit à exclure la prise en compte d'autres déterminants aujourd'hui plus décisifs de l'état de santé.

Globalement, c'est bien plus l'inflation des coûts des systèmes qui s'est vue critiquée que les objectifs de politique de santé.

Cependant, la récurrence de la spirale inflationniste des systèmes et le plafonnement de leur performance a montré les limites de ces stratégies de contrôle des coûts, a ouvert une brèche dans le modèle et a permis la recherche de nouvelles perspectives.

Objectif : plus d'équité

Les moyens d'action proposés sont multiples, à la mesure de la complexité et de l'interaction des facteurs en cause. Une lecture adaptée de la charte d'Ottawa (1986) permet de classer les modes d'intervention de promotion de la santé sous deux types complémentaires.

D'une part, les actions qui visent les comportements individuels – c'est tout le champ de l'information, de l'éducation pour la santé, du marketing social ; la promotion de la santé vise là à permettre aux gens d'accroître leur capacité d'agir, d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables.

D'autre part, il y a les interventions qui cherchent à modifier l'environnement social et

D' Jacques Morel, médecin généraliste, Secrétaire général de la Fédération des maisons médicales.

Mots clés : inégalités de santé, santé publique, santé communautaire.

L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques

politique, à développer des politiques publiques saines par la prise de conscience de « l'impact-santé » des politiques, à assurer des milieux de vie favorables, à développer l'action communautaire (la promotion de la santé relève de la participation effective et concrète de la collectivité) et à réorienter les services vers la promotion de la santé.

L'essentiel est de voir la nécessité de stratégies diverses, complémentaires, généralement portées par des acteurs diversifiés dans un champ de compétences plurielles. Le secteur de la santé devient paradoxalement un acteur parmi d'autres. A contrario, les individus et collectivités sont responsabilisés comme acteurs de santé.

Cette dimension clarifie les responsabilités : la réduction des inégalités sociales en santé dépend avant tout de la lutte contre les disparités sociales et des mesures en faveur de plus d'équité, ce qui tient largement à des politiques de changement social et à des choix de société. D'aucuns auraient tendance à considérer que seule la promotion de la santé est responsable de cette dimension, c'est une erreur.



L'approche communautaire

L'approche communautaire n'est pas une fin en soi ; elle n'est pas non plus automatiquement marquée idéologiquement du sceau du développement et du progrès. Ce sont bien les finalités et principes, les idéaux qui en déterminent les objectifs, la qualité et les limites comme mode d'intervention.

En bref, l'approche communautaire sera définie comme une pratique s'appliquant à la santé dans un système de solidarité et de dialogues :

- horizontal, entre pairs ;
- vertical, entre couches professionnelles, couches sociales, génération d'âges ;
- durable, tenant compte des générations présentes et futures.

Cette pratique repose sur :

- une base collective communautaire, locale ;
- un repérage collectif des problèmes et des potentialités qui implique la population (diagnostic) et qui inclut les dynamiques sociales à l'œuvre dans la collectivité (ébauches de solutions, micro-réalisations, réseaux de solidarité) ;
- la participation de tous les acteurs concernés (décideurs, professionnels, usagers) ; participation autant sur le mode représentatif que direct.

La communauté est un lieu d'échanges, de réflexion et d'action qui positionne les individus dans une dimension collective ; elle devient le lieu d'émergence, de définition et de compréhension des problèmes. L'action communautaire tire dès lors son fondement dans l'affirmation que les problèmes sociaux sont de nature collective et qu'ils doivent faire l'objet de solutions collectives.

La communauté devient elle-même un levier d'action et l'action communautaire peut être considérée comme une des dynamiques sociales de changement à travers lesquelles se mettent en place des mécanismes de compensation susceptibles de récupérer ou de construire de nouveaux équilibres, la santé ou le bien-être s'entendant comme cette recherche d'équilibre.



Les piliers et stratégies d'action de l'approche communautaire ne lui sont évidemment pas spécifiques, de même que l'action communautaire n'est pas l'apanage de la promotion de la santé. Elle a été développée bien avant, dans les secteurs de l'éducation populaire ou du développement social. Sans doute des modes de travail comme la concertation, le travail en réseau, l'intersectorialité ou la participation font-ils partie des piliers du travail communautaire.

... une approche pertinente des inégalités en matière de santé

Les mutations aux plans économique, social, sanitaire et environnemental (modification des rapports de travail, exclusion des moins qualifiés, précarité, maladies de civilisation et mal-être, mondialisation...) ont conduit à des changements dans les rapports sociaux et dans les structures : repli sur soi, individualisation, affaiblissement des liens sociaux.

Ces éléments forcent à développer des stratégies qui intègrent les différents enjeux. La prise en compte de la globalité des situations qui affectent les groupes sociaux et la dimension multisectorielle sont les composantes essentielles d'une approche intégrée d'un développement souhaité durable.

Les interventions appuyées sur la notion de territoire versus communauté cherchent à valoriser les capacités des personnes et des populations, particulièrement les plus vulnérables, en soutenant leurs potentialités, leur capacité d'agir.

On peut citer quelques objectifs non exhaustifs que j'emprunte à Pierre Laurence qui fait de la revitalisation du tissu social communautaire un enjeu pour la réduction des inégalités :

- Etablir un plan intégré de développement social.
- Améliorer les conditions de vie et de participation sociale des citoyen(ne)s, particulièrement ceux et celles qui sont en situation d'exclusion.

- Accroître le sentiment d'appartenance au milieu.
- Assurer une cohérence entre santé en terme de qualité de la vie et développement économique, social, culturel et environnemental au plan local et régional dans une perspective de développement durable.
- Faire connaître, partager, comprendre ces objectifs à toutes les catégories d'acteurs.

La participation des citoyens est une des conditions de réussite. Reconquérir autonomie et dignité, reconnaissance et estime de soi sont des leviers essentiels d'exercice de ses droits et de ses responsabilités.

Le « communautaire » est au carrefour de ces dynamiques. Dans la mesure où il se laisse réellement interroger, questionner par la participation sociale qu'il suscite, qu'il en fait un levier de changement et de mobilisation, le développement communautaire doit pouvoir représenter une approche pertinente des inégalités en matière de santé. ●

Cet article a fait l'objet d'une communication lors du colloque sur « Inégalités sociales et travail communautaire » organisé par la Communauté française dans le cadre de la présidence européenne en 2001.