

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

MENU

- Quels aspects de santé concernés?
- Liens entre la santé et les facteurs socio-économiques
- Différences de santé et inégalités sociales de santé
- Les déterminants de santé
- Stratégies de réduction des inégalités sociales de santé
- Comment les intégrer à l'échelle locale?

SANTÉ

* Source: Druhle M.
Fin de siècle et
inégalités sociales de
santé en France :
l'amorce d'un débat?,
in: Les inégalités
sociales de santé.
Leclerc A., Fassin D.,
Grandjean H.,
Kaminski M., Lang T.,
(sous la dir.de).
Paris: Inserm et La
découverte, 2000:
41-51.

- Acceptation au **sens large**: santé physique, santé psychique & bien-être, santé sociale
- Origines organiques et sociales
- Disparités sociales de santé = **inégalités sociales** qui «contreviennent à l'idéal démocratique»*
- 1^{ers} constats «documentés» à grande échelle: cadres et professions dirigeantes sont en meilleure santé, mortalité moindre que les ouvriers
 - → «usages sociaux du corps» (Boltanski)
 - → désaveu d'une médecine incapable de gommer ces différences (Illitch)

LIENS ENTRE CES FACTEURS ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- Distribution inégale de la santé et de la maladie entre différents groupes de population
- (In)égalité: concept basé sur la différence, (in)équité: concept en lien avec l'organisation du social et du politique
- Inégalités de santé plus que différences de santé
- Pose la question de comprendre pourquoi les personnes socialement défavorisées le sont encore davantage en ce qui concerne leur santé



Comment le social influence-t-il la santé?

PERSISTANCE DES INÉGALITÉS: UN RÉEL DÉFI DE SANTÉ PUBLIQUE

- Historiquement

1. Mode de vie, environnement
2. Pauvreté (période industrielle)
3. Théorie des germes pasteurisation et tyrannie de l'hygiénisme

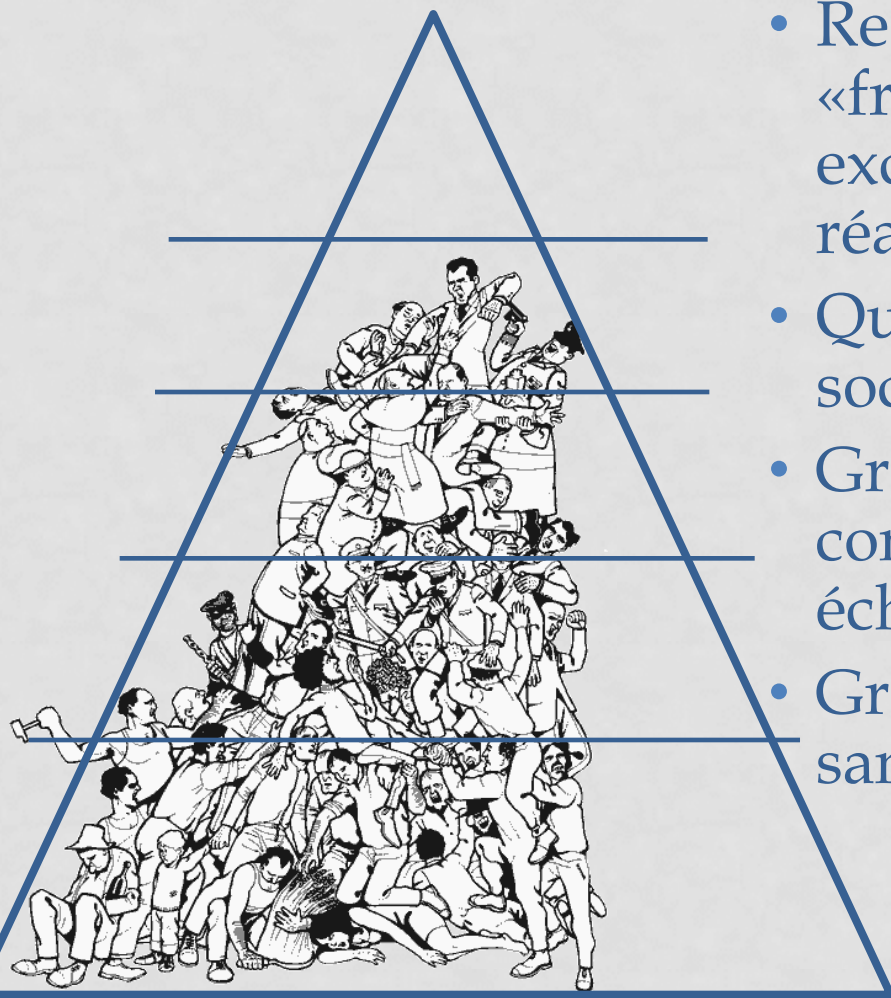
➔ Responsabilité individuelle «*victim blaming*»

La transition épidémiologique a radicalement changé la configuration des problèmes de santé mais pas sa répartition sociale

Les maladies «de riches» sont devenues des maladies «de pauvres» (MCV, obésité...)

Mi-XX^e siècle:
apparition de
la sécurité sociale
paradoxe ➔
santé question d'accès
aux soins, sous-
estimation de la santé
comme construit social

GRADIENTS SOCIAUX DE SANTÉ



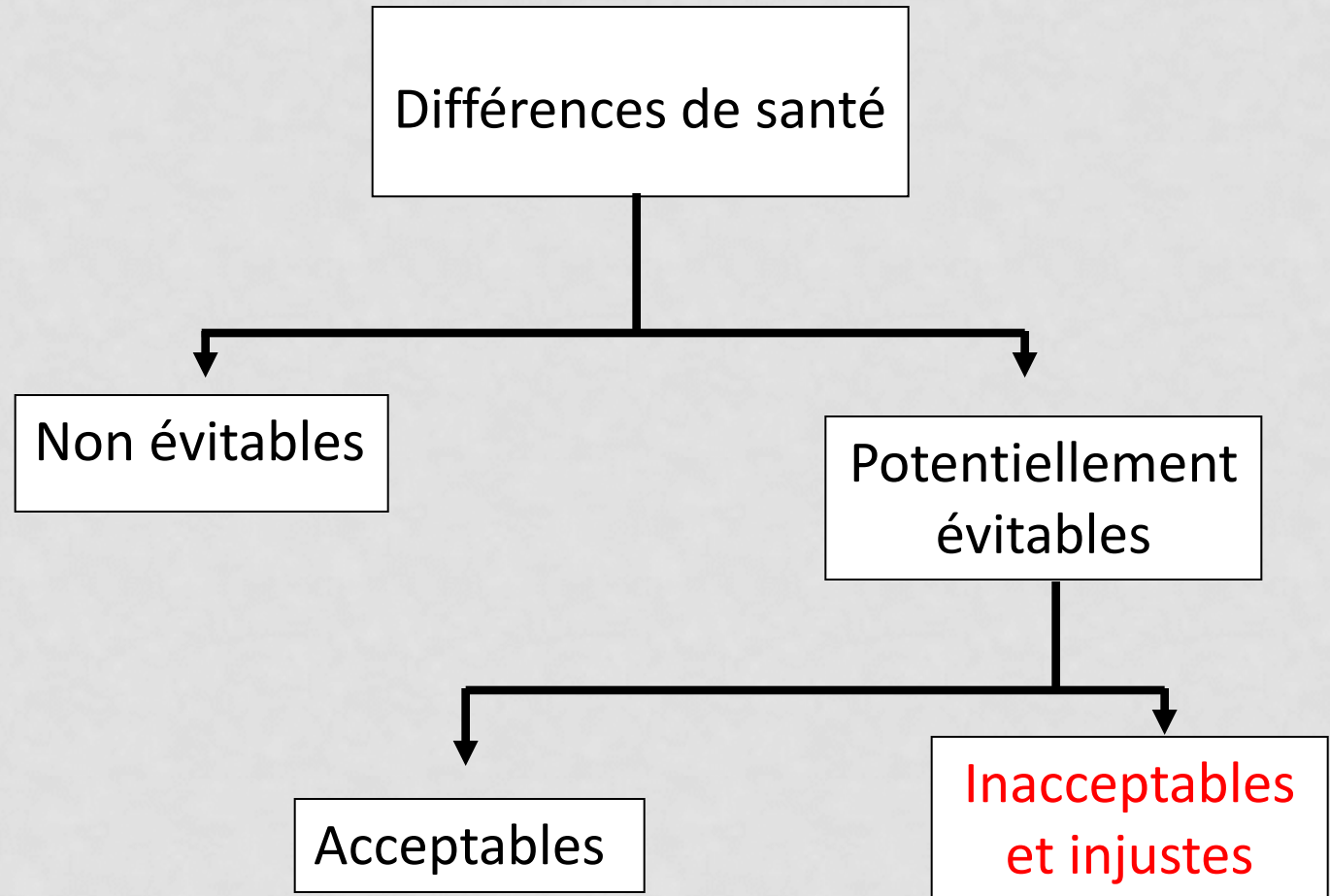
- Regards tournés vers la «fracture sociale»: nantis *versus* exclus, précarisés (= un aspect de la réalité)
- Quelles mesures de la «classe sociale»?
- Gradient social: organisation, configuration de la société selon une échelle, une hiérarchie
- Gradient social de santé: l'état de santé suit ce gradient social

➔ ! Pas uniquement nature causale

CONCEPT DE CLASSES SOCIALES

- Contingent à l'endroit, à l'époque étudiée
- Théorie sous-jacente? Liens avec la santé?
- Indicateurs les plus utilisés: qualification professionnelle, instruction, revenu
- Aujourd'hui notion plus large: rapport à l'argent, aux loisirs, au travail, à la culture, aux signes de consommation, à l'instruction, au lieu de résidence, à la participation, etc.
- Notions récentes d'exclusion, de précarité, fragilité, intégration, marginalisation inclut d'autres paramètres: origine, orientation sexuelle, légalité, lieu de résidence...

APPRÉCIER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ



Source: Peter and Evans, cited by "Challenging inequities in Health, from Ethics to Action", Rockefeller Foundation, Swedish International Development Cooperation Agency

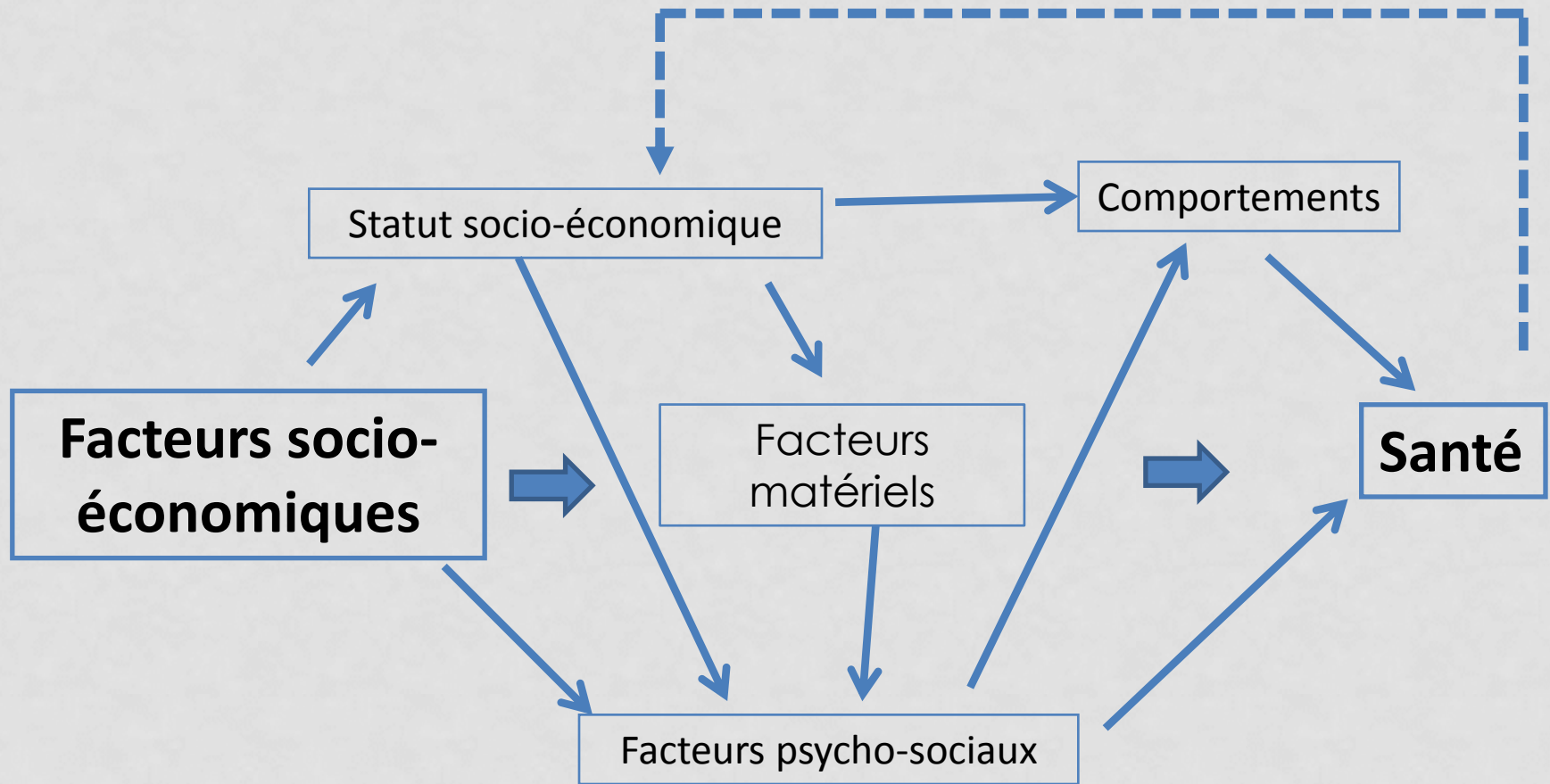


SCHÉMA DE MACKENBACH (ERASMUS UNIVERSITEIT)

PRINCIPES ET ÉVIDENCES DANS L'ÉTUDE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- ⊙ Origine des ISS : **circonstances** dans lesquelles les personnes grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que
- ⊙ Les **systèmes** mis en place pour **gérer** la maladie .
- ⊙ Les conditions de ces environnements résultent **des pouvoirs politiques, sociaux et économiques**, qui diffèrent fortement d'un endroit à l'autre,
- ⊙ La distribution inégale du pouvoir et de la richesse contribuent à rendre inégal **l'accès aux soins, aux ressources et opportunités** associés à un meilleur état de santé.

FACTEURS INFLUENÇANT LA SANTÉ

- **Types de déterminants**

1. Biologiques et génétiques

2. Non biologiques:

- Mode de vie et comportements
- Environnementaux
- Sociaux et économiques
- Services de santé

- **Niveaux d'influence**

1. Individuel (micro)

2. Collectif (meso)

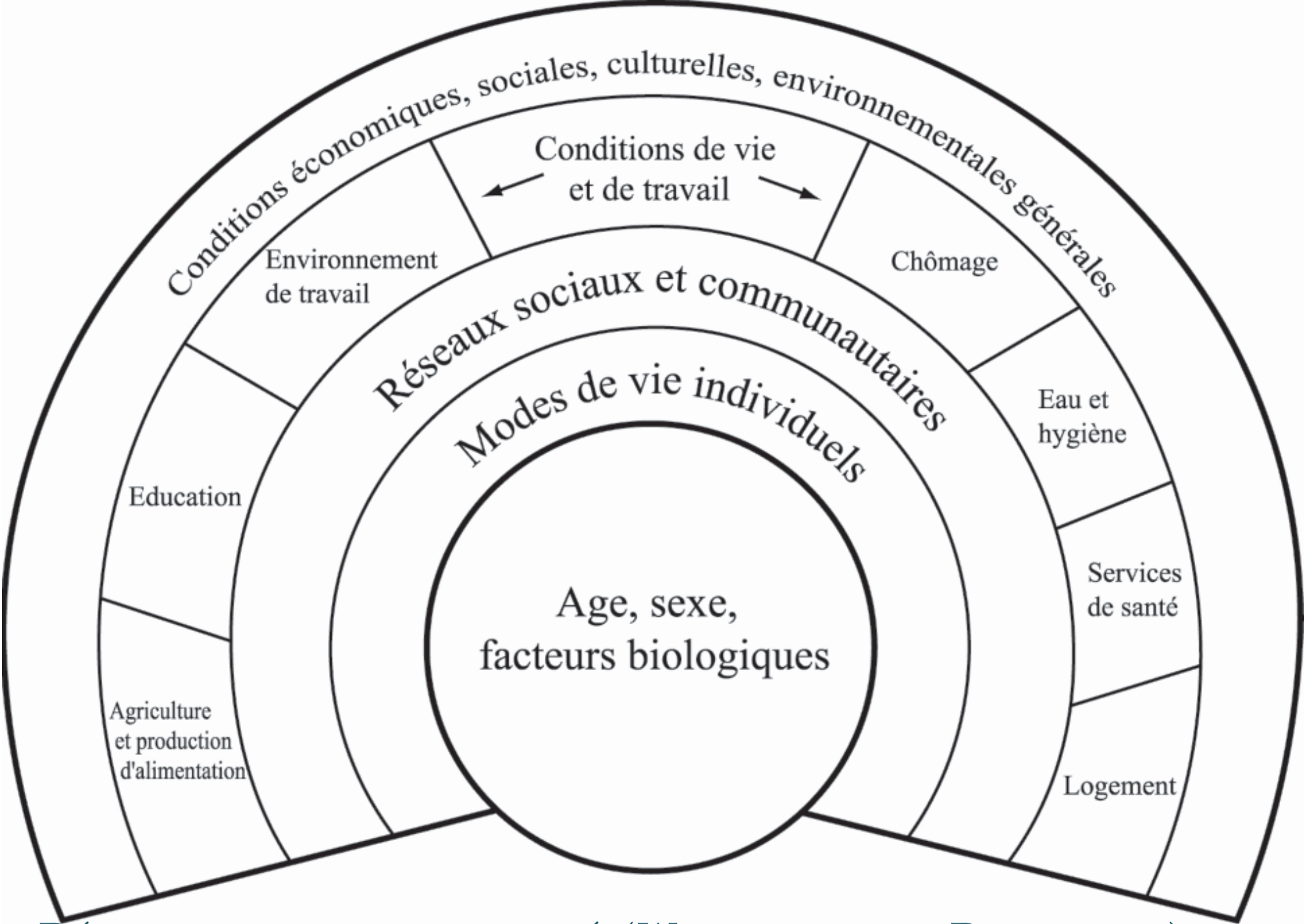
3. Population (macro)

Équité & égalité

Choix politique,
pas déterminé

LES DÉTERMINANTS LES PLUS IMPORTANTS

- **Ressources personnelles:** revenu, statut socio-économique, niveau d'instruction
- **Aspects structurels:** accessibilité des services de santé, culture, environnement matériel favorable
- **Environnement social,** accessibilité culturelle aux services de santé
- **Composantes individuelles:** comportements liés à la santé, estime de soi, compétences sociales



LENTILLE ISS

LE QUESTIONNAIRE INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ
appliqué à un projet qui commence

QUOI ?


QUI ?

OÙ ?

COMMENT ?

POUR QUOI ?

VOS QUESTIONS

- Ce questionnaire est un outil à la disposition de votre équipe afin de s'interroger ensemble sur la prise en compte des inégalités sociales de santé dans votre projet. *Pour en savoir plus, cliquez ici.*
- Il peut être rempli en ligne ou sur le document que vous pouvez imprimer.
- Chaque mot accompagné du sigle  est défini dans un glossaire.
- N'oubliez pas d'indiquer l'identification du projet surtout si vous appliquez ce questionnaire à plusieurs projets ou encore à différentes étapes de votre projet.
- Ce questionnaire est complémentaire à d'autres outils que vous utilisez habituellement ou que vous pourriez utiliser afin d'améliorer la qualité de votre projet. *Cliquez ici.*
- Vous souhaitez faire connaître votre projet et être en contact avec des équipes qui mènent des projets locaux prenant en compte les inégalités sociales de santé. *Cliquez ici.*

Date :

Nom du projet :

Date de début du projet :

Date de fin du projet :

Nom de l'institution / département / service concerné par le projet :

J'ai rempli le questionnaire seul(e) : OUI
 NON

J'ai rempli le questionnaire avec la collaboration de personnes : citez

MULTIPLES CAUSES → ÉTAT DE SANTÉ

- Facteurs **environnementaux** (physiques et psychologiques) et matériels:
 - Pollution, stress, conditions de travail, chômage, revenus, logement...
- Facteurs liés au **mode de vie**:
 - Tabac, alcool, alimentation, exercice physique, utilisation services santé (entre 10% et 20% de l'explication des variations de santé!)
- Facteurs **culturels**:
 - Représentations sociales (liens avec le genre, l'âge, origine ethnique/géographique...)
- Facteurs **psychologiques** plus «individuels»
 - Lieux de contrôle, estime de soi, capital social, support social

RISQUES RELATIFS (AJUSTÉS POUR L'ÂGE) DE MORTALITÉ (CANCER, CV, CAUSES EXTERNES) PAR NIVEAU D'INSTRUCTION (30-64 ANS), PÉRIODE 1990-1999

Niveau d'instruction	Hommes		Femmes	
	RR	95% CI	RR	95% CI
Aucun diplôme	2.83	2.56– 3.12	2.02	1.74–2.36
Primaire	2.14	1.93–2.37	1.39	1.19–1.63
Technique	1.73	1.57–1.92	1.20	1.02–1.40
Secondaire	1.42	1.26–1.61	0.95	0.78–1.15
Universitaire	1		1	

Source: Social inequalities in mortality by cause among men and women in France, Saurel-Cubizolles M.-J., Chastang J.-F., Menvielle G., Leclercq A., Luce D., J Epidemiol Community Health, 2009, 63(3): 197-202

ÉVALUATION SUBJECTIVE NÉGATIVE DE LA SANTÉ, EN %, HOMMES (N=1362) FEMMES (N=1713)

Classe sociale		
	Hommes	Femmes
I	19.1	20.0
II	25.9	29.0
III-N	35.2	32.2
III-M	34.6	42.6
IV	43.8	40.0
V	47.8	46.0
Instruction		
< Secondaire	46.1	46.4
Secondaire	26.6	27.0
Supérieur	24.4	24.0
Université	16.4	21.6

MESURES DES INÉGALITÉS

- Les mesures doivent être prises:
 - niveau individuel
 - niveau du ménage
 - niveau de la communauté
- Les indicateurs sociaux doivent se positionner sur une échelle, une hiérarchie (lien avec le gradient social)
- **Le lien** entre l'indicateur social et la santé doit pouvoir être expliqué
- Pour comprendre (et agir): tenir compte de la structure sociale et de ses évolutions. Interventions en dehors du secteur de la santé, inclusion de différentes disciplines (et différents paradigmes)

EXEMPLE «MESURE DE LA PAUVRETÉ »

- Manque de ressources affectant la santé et le bien-être
- Incluant l'argent et les biens matériels
- Peut aussi inclure le support psychologique, l'information
- Pas une donnée fixe: peut évoluer au cours de la vie, potentiellement réversible
- Associée à d'autres concepts: classe sociale, culture, emploi, instruction, qualité de l'environnement physique

PAUVRETÉ ABSOLUE ET PAUVRETÉ RELATIVE

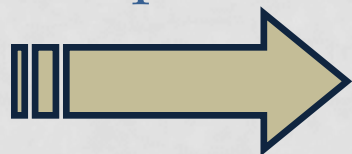
- Différence entre pauvreté absolue, pauvreté relative (= le plus important dans nos pays)

Absolue (pauvreté primaire): incapacité/difficultés de se procurer les biens essentiels à sa survie

Relative: comparaison entre individus/groupes entre ce qui est et ce qui pourrait être dans un contexte donné (distance p/r à une « norme »)

DÉPRIVATION, PRÉCARITÉ ET EXCLUSION

1. **Déprivation:** «état de (...) désavantage relatif à la communauté locale ou à la société, à la nation à laquelle une personne, une famille ou un groupe appartient» (Townsend)
2. **Précarité:** absence d'au moins une sécurité qui permet de jouir de ses droits fondamentaux
3. **Exclusion:** personnes ou groupes de personnes exclues du reste de la société



tous liés à la santé

CONSÉQUENCES DES INÉGALITÉS



RECOMMANDATIONS (OMS)

1. Amélioration des conditions de vie
 - Équité dès la petite enfance
 - Développer des environnements de qualité (local et global)
 - Conditions de travail décentes
 - Sécurité sociale pour tous, tout au long de la vie
2. Réduire les inégalités de revenus, de pouvoir, de ressources
3. Mesurer et comprendre le problème (et son évolution) et évaluer les interventions

AU NIVEAU LOCAL ET COMMUNAUTAIRE*

- Implication des pouvoirs locaux
- Ancrage politique locale
- Transversal à toutes les politiques
- Participation de la population
- Se situer et inscrire son projet dans le temps
- Pertinence par rapport à la réalité, l'expérience, les caractéristiques de la population

** Critères FRB appel à projets locaux visant à réduire les ISS*

- ➔ Initier des actions qui visent l'ensemble de la population, adaptées aux besoins et caractéristiques des différents groupes de population
- Les politiques redistributives sont celles qui sont le plus efficaces pour améliorer la santé des populations

À PARTIR D'UN CONSTAT....

Problèmes liés à (exemples)

- Accès à l'information, aux savoir-faire
- Accès financier aux soins, à la participation d'activités
- Motivations, priorités
- Peu de qualité environnementale (urbanisme, logements)
- Peu de réseaux sociaux, isolement (impact sur le bien-être)
- ...
- ...

...quelle(s) politique(s)?

QUELQUES EXEMPLES LOCAUX DE PROJETS

Initiative	Projet / Activités	Objectif
Maison médicale de quartier	Activité physique	Prévention Développement activités sociales Prise en charge de sa santé
Type associatif	Formation de jeunes relais VAS	Insertion d'un public fragilisé Mise en œuvre de mesures sociales, sanitaires, éducatives
Type associatif	Accès et pratique du sport	Améliorer la santé (groupes spécifiques 1 ^e ligne femmes allochtones, 2 ^e ligne: leurs familles)
Maison de quartier	Diverses activités (alimentation, sport...)	Amélioration du bien-être Augmenter la participation active Développement attitudes saines