

Global Health Promotion

<http://ped.sagepub.com/>

Prévention et réduction des inégalités de santé : une conciliation difficile

Pierre Aïach and Michèle Baumann

Global Health Promotion 2010 17: 95

DOI: 10.1177/1757975909356639

The online version of this article can be found at:

<http://ped.sagepub.com/content/17/1/95>

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

On behalf of:



International Union for Health Promotion and Education

Additional services and information for *Global Health Promotion* can be found at:

Email Alerts: <http://ped.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://ped.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

Citations: <http://ped.sagepub.com/content/17/1/95.refs.html>

>> [Version of Record](#) - Mar 26, 2010

[What is This?](#)

Commentaire

Prévention et réduction des inégalités de santé: une conciliation difficile

Pierre Aïach¹ et Michèle Baumann²

Résumé: La baisse continue de la mortalité dans la plupart des pays européens pose la question difficile de la part à attribuer à la prévention dans ce phénomène. Une autre question est de plus en plus fréquemment posée: dans quelle mesure cette amélioration générale de l'état de santé contribue à la réduction des inégalités sociales de santé? On peut retenir l'idée que les mesures préventives, en particulier celles liées aux comportements individuels, ne produisent pas les mêmes effets en fonction de la vulnérabilité différentielle des personnes. De plus, l'appropriation des bonnes conduites sanitaires et l'abandon des mauvaises est majoritairement fonction du capital culturel détenu. Cela résulte de l'effet lié à la disposition différentielle, socialement acquise, à l'appropriation des ressources et connaissances en matière de soins ou de conduites préventives. (Global Health Promotion, 2010; 17 (1): pp. 95–98)

Mots clefs: inégalités sociales, prévention, santé

Alors que les recherches et plans d'action sur les inégalités sociales de santé se multiplient, on observe que la question de la prévention y est très peu abordée si ce n'est pour en faire parfois un élément essentiel dans la lutte contre les inégalités de santé. Pourtant, l'examen de l'évolution de la mortalité générale, et de celle des inégalités devant la mort qui tendent à s'accroître pose la question du rôle joué par la prévention. Dans quelle mesure, cette amélioration générale de l'état de santé contribue à la réduction des inégalités sociales de santé? Cette question est devenue d'autant plus importante que la lutte contre les inégalités de santé figure comme objectif premier au sein de l'OMS Europe depuis 2005 (1). Mais que faut-il entendre par inégalités sociales de santé et par prévention?

Définition des inégalités sociales de santé et de la prévention

Les inégalités sociales de santé sont le produit final des autres inégalités sociales, qu'elles soient de nature matérielle ou culturelle. Les déterminants de ces inégalités de santé sont à identifier dans les rapports existant entre les inégalités sociales et l'état de santé à travers des désavantages liés directement à l'appartenance sociale, mais également fréquemment indirectement dans la mesure où ils transitent par des médiations liées à cette appartenance. La prévention peut se définir comme une stratégie ou un ensemble d'actions visant à faire disparaître ou à atténuer l'impact joué par des facteurs de risque pour la santé, notamment vis-à-vis de ceux qui sont les plus exposés à ces facteurs de risque.

1. Sociologue, directeur de recherche honoraire INSERM, membre d'IRIS, France. Correspondance à : 14 rue Lisfranc, 75020 Paris, France. (pierre.aiach@sfr.fr)
2. Professeure de sociologie, unité de recherche INSIDE, Université du Luxembourg, Luxembourg.

Une problématique à développer

Il y a adéquation entre prévention et lutte contre les inégalités de santé quand la prévention aboutit non seulement à améliorer la santé de tous, mais aussi à réduire les écarts sociaux de santé entre classes ou catégories sociales. La question qui se pose, en dehors de celle qui touche à son effet réel et donc à son efficacité, est : a-t-elle un effet positif d'autant plus grand que le risque est fort selon l'appartenance sociale des personnes concernées ? Si la réponse est positive, du point de vue de la santé publique et du point de vue de la justice sociale, le défi est gagné. C'est ce qui a été observé, en Europe notamment, concernant la mortalité et la morbidité infantiles au cours des dernières décennies (2). Cette réduction des inégalités face à la mortalité infantile peut en partie s'expliquer par le fait que ces inégalités concernent en particulier les enfants, et de surcroît les très jeunes ; le risque dans ce cas est lié à des mesures d'ordre médical et à des pratiques sur lesquelles les autorités sanitaires peuvent agir. Des données récentes indiquent toutefois que ce resserrement entre les catégories sociales pour ce qui est de la mortalité infantile n'est pas observé partout en Europe ; ainsi, entre 1980 et 1995, cela n'a pas été le cas de la Belgique, de l'Autriche et de la Hongrie (3). Mais, au fur et à mesure que le temps passe, les conditions de vie et de travail impriment leur marque dans la tête et le corps des femmes et des hommes ; ce qui va se traduire par une usure, un vieillissement, une vulnérabilité biologique et sociale d'autant plus forts que les conditions de vie ont été difficiles et que les modes de vie qui en sont en grande partie leur conséquence ont comporté des conduites nuisibles pour la santé.

Dans ces conditions, les messages d'éducation pour la santé et les mesures d'ordre préventif, s'ils veulent atteindre une certaine efficacité et surtout une plus grande justice sociale en réduisant les écarts entre les groupes sociaux, doivent agir principalement sur les plus vulnérables ; toutefois, cela suppose des difficultés et une part d'arbitraire – par exemple interdire le tabac dans les usines et les ateliers et pas dans les bureaux de cadres ; ou encore faire des cours d'éducation pour la santé dans des écoles situées dans les banlieues déshéritées et pas dans les beaux quartiers, etc. Poser la question ainsi, c'est en quelque sorte imposer une discrimination « positive » dans les intentions, mais se traduisant le plus souvent par des contraintes, des frustrations, des impossibilités (par exemple prôner une alimentation saine, du repos et des vacances

dans des familles populaires pauvres) (4). Par ailleurs, les facteurs visés sont ceux relatifs principalement aux comportements individuels à risque et non pas des facteurs importants sur lesquels il n'y a pas de prise réelle comme par exemple les risques liés aux conditions de travail. Notons que le facteur « risques liés au travail » est très insuffisamment pris en compte, du fait des multiples obstacles empêchant leur reconnaissance et de l'importance des enjeux qui s'y greftent. Ils sont tellement forts qu'ils arrivent à entraver la recherche de la vérité, y compris sur le plan scientifique (5). Finalement, l'action la plus adaptée est celle qui consisterait à améliorer les conditions de vie et de travail de ceux qui en souffrent le plus. Que se passe-t-il si les messages et actions de prévention, quel que soit leur bien fondé, s'adressent à tous ? D'après ce qui est observé, les améliorations, les changements positifs qui se produisent profitent davantage à ceux qui se trouvent en mesure d'en profiter, c'est à dire les membres des catégories supérieures et, dans une moindre mesure, moyennes. Ce qui a pour effet d'agrandir l'écart entre les catégories sociales du point de vue de la santé. C'est ce qui est constaté dans la plupart des pays européens, notamment en Allemagne (6).

Quelques exemples des effets supposés de la prévention

Pour ce qui est des maladies cardiovasculaires, en France par exemple, la baisse de la mortalité, suite à des modifications du comportement et à l'utilisation de soins de plus en plus performants, s'est accompagnée chez les hommes d'un fort accroissement des écarts de mortalité entre catégories socioprofessionnelles : la baisse entre 1979–85 et 1987–93 a été, pour les hommes actifs de 25–54 ans, de –41% pour les cadres supérieurs et professions libérales (CS/PL) et de –19% pour les ouvriers/employés (O/E) qui avaient déjà au départ une mortalité 2,1 fois plus forte. Pour le cancer, la baisse a été de –21% pour les CS/PL, alors qu'elle n'a été que de –1% pour les O/E (le rapport du taux de mortalité est passé de 2,7 à 3,4). Pour le diabète, la baisse a été respectivement de –48% et –4%. Dans l'ensemble des causes, la baisse pour les CS/PL a été de –16% et pour les O/E de –7%, le rapport de surmortalité des O/E est passé en 8/9 ans de 2,6 à 2,9 (7). De même, la prévalence tabagique selon le niveau d'instruction a connu une variation entre 2000 et 2005 de –4,4% pour ceux et

celles qui sont au-dessous du bac, de -11,2% pour ceux qui ont le bac et bac +1 et -15,4% pour ceux qui ont le bac et bac +2 (8).

Au Royaume-Uni, Hilary Graham signale que si l'investissement public, depuis 1970, dans la lutte contre le tabagisme, a conduit à abaisser le pourcentage de fumeurs, il en est résulté un accroissement de l'écart entre travailleurs non manuels et manuels au détriment de ces derniers (9). Une recherche récente, menée sur le Nord-Pas-de-Calais, en France, a mis en évidence des inégalités sociales importantes dans le dépistage du cancer du sein par mammographie et celui de l'utérus par frottis, en particulier depuis au moins deux ans. La discussion porte sur le rôle du dépistage individuel par rapport au dépistage organisé et l'hypothèse selon laquelle une plus grande fréquentation du gynécologue par les femmes de milieu supérieur renforcerait la différenciation sociale dans les comportements est émise (10).

Conclusion

On peut retenir l'idée générale que les mesures préventives, en particulier celles liées aux comportements individuels, ne produisent pas les mêmes effets en fonction de la vulnérabilité différentielle des personnes. Ainsi, l'arrêt du tabac aura d'autant plus de chance d'avoir un effet bénéfique que les individus n'auront pas subi d'autres effets nuisibles dans leur travail ou dans leur environnement (c'est le cas par exemple pour les cancers des voies aérodigestives supérieures où l'alcool et des substances cancérogènes inhalées dans le cadre du travail ajoutent leurs effets nocifs à ceux du tabac produisant un effet multiplicateur) (11).

Par ailleurs, des facteurs socioculturels jouent un rôle non négligeable; ainsi, on constate que l'appropriation des bonnes conduites sanitaires et l'abandon des mauvaises est fonction du capital culturel détenu. C'est ce que nous avons appelé l'effet lié à la disposition différentielle socialement acquise à l'appropriation des ressources et connaissances en matière de soins ou de conduites préventives (12). Mais il faut avant tout bien distinguer ce qui relève des déterminants sociaux de la santé et ce qui relève des déterminants des inégalités sociales de santé (9). En effet, les mêmes déterminants sociaux peuvent à la fois produire une amélioration générale de la santé d'une population se traduisant par une baisse de la mortalité et en même temps accentuer les inégalités de mortalité.

C'est donc que les déterminants sociaux à l'origine de l'amélioration n'ont pas été répartis de façon socialement égale, et en tout cas, que leurs effets ne se sont pas faits sentir équitablement. L'existence des inégalités sociales de santé pose la question de la justice sociale. Aussi la meilleure façon d'arriver à réduire certaines inégalités de santé est de comprendre le pourquoi de ces inégalités et d'adapter en conséquence les interventions et politiques publiques (par exemple en matière de dépistage ou de vaccination du cancer du col utérin ou pour ce qui est des risques professionnels). A défaut de réduction globale, et conséquente des inégalités de santé, ce serait au moins un premier pas vers un espoir de plus de justice sociale.

Remerciements

De larges extraits sont issus du chapitre écrit par les auteurs: Baumann M, Aïach P. Promotion de la santé et réduction des inégalités sociales de santé en Europe: une problématique complexe. in: Willems H et al. (sous dir.). Manuel de l'intervention sociale et éducative. Fonds Social Européen, Université du Luxembourg, INSIDE, Ed. Saint Paul, Luxembourg. 2009; 1195-1206.

Références

1. Whitehead M. La lutte contre les inégalités de santé en Europe: comment les réduire. in: Niedzwodzki C, Aïach P (eds). Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles. Ecole Nationale de la Santé Publique, éd. ENSP, Rennes, France; 2008, 109-19.
2. Aïach P, Cèbe D. Différenciations sociales dans les comportements de prévention. in: Aïach P et al. (sous dir). Comportements et santé ; questions pour la prévention. Presses Universitaires de France. éd. PUF, Paris, France; 1992, 75-101.
3. Mackenbach J. Health Inequalities: Europe in Profile. Report commissioned by the UK Presidency of the EU; 2005.
4. Baumann M and al. Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender differentials: a population-based study. *Int J Health Geogr.* 2007; 2: 50-60.
5. Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P (eds). Social inequalities and cancer, IARC, éd. Scientific Publications, Lyon, France; 1997, 138.
6. Geyer S. Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit. Möglichkeiten und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention.* 2003; 26: 35-39.
7. Jouglé E, Rican S, Péquignot F, Le Toullec A. La mortalité. In: Leclerc A et al. (sous dir.). Les inégalités sociales de santé. éd. La Découverte/Inserm. France; 2000, 147-162.

8. Arwidson P et Léon C. Vingt ans d'interventions sur les habitudes de vie par l'INPES, Acquis et défis. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Paris, France. document interne INPES; 2007.
9. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy. *Milbank Q.* 2004; 82: 101–24.
10. Prouvost H. Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas de Calais: résultats de l'enquête décennale Santé. France, 2002. *Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire*; 2007, 2–3, 17–20.
11. Aiach P, Marseille M, Theis I. Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer? Le cas exemplaire du Nord-Pas de Calais. Ecole Nationale de la Santé Publique. éd. ENSP, Rennes, France, 2004.
12. Aiach P. Processus cumulatif d'inégalités: effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. Santé, Société et Solidarité. éd. Paris – Québec. 2004; 2: 30–39.