



**Les déterminants de santé : quelles interprétations ?
Quelles préventions ?**

Liliane Leroy - 2007
Chargée d'études – Secrétariat Général.
liliane.leroy@mutsoc.be

| | |
|---|---|
| 1. Les inégalités sociales en santé..... | 3 |
| 2. L'influence des déterminants sur la santé..... | 4 |
| 3. Les différents déterminants de santé..... | 4 |
| 4. Les différentes interprétations des facteurs de risques et de la prévention..... | 5 |

1. Les inégalités sociales en santé.

Les inégalités en santé on le sait, sont très importantes tant entre les citoyens des différents pays du monde qu'entre les citoyens d'un même pays. En 2007, une étude sur les inégalités en santé réalisée sous l'égide de la Fondation Roi Baudouin remarquait que « La santé se répartit inégalement, plus inégalement que la Fondation ne s'y attendait. De plus, cette répartition se fait systématiquement au désavantage des couches sociales les plus basses: elle suit de près celles de l'argent, de l'éducation, du statut social; couche par couche, classe par classe. La pyramide de la santé se révèle être une copie conforme de la pyramide des inégalités de la société ».¹

L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé sont marquées toutes deux par les inégalités sociales. La fondation Roi Baudouin fait remarquer que trois à cinq ans séparent l'espérance de vie d'une personne ayant un faible niveau d'étude, d'une personne ayant un niveau d'étude supérieur. Quant à l'espérance d'être en bonne santé, la différence est de 18 à 25 années. Un homme avec un faible niveau d'étude meurt 5 ans plus tôt et peut s'attendre à 18 ans de vie en bonne santé en moins. Une femme avec un faible niveau d'étude meurt 3 ans plus tôt et peut s'attendre à 25 ans de vie en bonne santé en moins. Dans les couches sociales les plus basses, seules 60% des personnes estiment être en bonne santé, contre 87% dans les couches sociales les plus hautes. Les personnes des couches sociales les plus hautes signalent souffrir en moyenne d'une maladie chronique, les couches sociales les plus basses en moyenne de 1,7 .²

Ces chiffres belges peuvent être considérés comme représentatifs de ce qui se passe dans bine d'autres pays qui ont le même type d'organisation sociale. Le rapport de la Commission de l'OMS des déterminants sociaux de santé³ rapporte que l'espérance de vie des hommes dans une banlieue défavorisée de Glasgow est de 54 ans, alors que dans une banlieue prospère de Glasgow, elle est de 82 ans. A titre comparatif, l'espérance de vie moyenne des indiens est de 61 ans, des polonais de 71 ans, des Etats Unis et des belges⁴, 75 ans.

¹ Communiqué de presse : Les Belges inégaux face à la santé Fondation Roi Baudouin - 31/05/2007

² idem

³ Rapport de la Commission Déterminants de Santé de l'OMS du 20 août 2008

⁴ http://www.statbel.fgov.be/press/pr069_fr.asp

2. Les déterminants de santé.

La santé, l'espérance de vie en bonne santé sont bien entendu liés à l'accessibilité aux soins de santé. Les chiffres relatifs à l'espérance de vie présentés dans le rapport de la Commission des Déterminants de Santé de l'OMS montrent que l'espérance de vie des Cubains est pareille à celle des citoyens des États-Unis. Le niveau de vie n'est certes pas comparable entre les deux pays mais, on le sait, le système de santé cubain met les soins à portée de tous, il n'en n'est pas de même aux États-Unis.

Pourtant, les soins de santé ne représentent qu'une partie des conditions de vie en bonne santé. L'OMS, la Commission européenne⁵, des gouvernements, des chercheurs tiennent pour importante la part des déterminants de santé dans l'état sanitaire de la population. Les soins de santé ne participeraient que pour 10 à 20% de l'état de santé de la population⁶.

3. Les différents déterminants de santé.

Selon la définition de Dennis Raphael, « les déterminants sociaux de la santé illustrent les conditions économiques et sociales qui influent sur la santé au niveau de l'individu, de la collectivité et de l'ensemble d'un territoire. Ces facteurs déterminent la mesure dans laquelle une personne possède les ressources physiques, sociales et personnelles pour définir et réaliser ses objectifs, satisfaire ses besoins et s'adapter à son milieu. Ces ressources englobent, sans en exclure d'autres, les conditions relatives au développement du jeune enfant, l'éducation, l'emploi, la salubrité des aliments, les services de santé, le logement, le revenu et la répartition du revenu, l'exclusion sociale, le filet de sécurité sociale, ainsi que le chômage et la sécurité d'emploi »⁷

Il existe selon les auteurs, différentes façons de lister les déterminants de santé. On peut noter en constante qu'il est question des déterminants biologiques, héréditaires, des déterminants environnementaux, écologiques, des déterminants liés aux facteurs de vie. Ces différents items s'interpénètrent évidemment.

La Commission européenne les définit selon qu'ils se rattachent

- Au mode de vie : le tabac, l'alimentation, les drogues et substances illicites, la santé mentale, l'alcool. Le mode de vie étant vu comme influencé par la culture, l'emploi, l'éducation, les inégalités en santé liées à la situation socio-économique
- L'environnement en tant qu'écosystème.

⁵ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_fr.htm

⁶ Vlaams instituut voor Gezondheidspromotie VIG www.vig.be/content.asp?nav=onderzoek&selnav=529,599

⁷ Raphael Dennis (éd.) 2004. Social Determinants of Health: Canadian Perspective
<http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/glos-fra.php>

- Les déterminants socio-économiques. Il s'agit d'améliorer le niveau de santé de toute la population pour le rapprocher de celui des plus favorisés;
 - garantir une prise en compte maximale des besoins des plus défavorisés en matière de santé;
 - accélérer l'amélioration du niveau de santé des populations vivant dans des pays et régions où celui-ci est moindre.
- la génétique.⁸

Les conditions de travail devraient également prendre place parmi ces déterminants. Le 16/09/2008, le journal Le Soir titrait « Le travail ce n'est pas toujours la santé » pour faire valoir l'une des conclusions du rapport de L'OMS « les travailleurs ayant des conditions précaires d'emploi tel qu'un contrat à durée déterminée, à temps partiel et/ou à faible salaire sont davantage sujets à des troubles de la santé mentale que les travailleurs dont la situation professionnelle est sécurisante⁹.

Plus récemment, les défenseurs d'une hypothèse sur le revenu relatif ont présenté des données empiriques qui démontrent que ce n'est pas seulement le revenu personnel qui influe sur la santé, mais également la répartition des revenus au sein d'une société. Ainsi, un gradient socioéconomique a un effet indépendant en plus de l'effet absolu de la privation matérielle¹⁰.

Il est évident qu'agir que les causes et les effets de la pauvreté (logement, insécurité, stress...) est fondamental pour réduire les inégalités en santé.

4. Les différentes interprétations des facteurs de risques et de la prévention.

Si la littérature qui analyse les inégalités sociales en matière de santé est abondante et nuancée, les actions de prévention visant à les corriger sont souvent caricaturaux et pauvres. La facilité consiste à considérer que les facteurs de risques des populations dévalorisées sont essentiellement dus à leurs mauvaises habitudes et à être tentés de faire des campagnes, des actions de type, « mangez équilibré, bougez », de brandir un grand doigt accusateur vers les fumeurs et les consommateurs abusifs d'alcool.

Pourtant, selon l'OMS, les décès qui sont attribuables aux « mauvaises conditions et habitudes de vie », le sont dans les propositions suivantes (à l'échelle mondiale) : malnutrition : 11,7%,

⁸ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_fr.htm

⁹ Le Soir (par page), 16/09/2008, page 18- Rossel

¹⁰ Centre de recherche pour le développement international, http://www.idrc.ca/fr/ev-27385-201-1-DO_TOPIC.html

approvisionnement en eau, assainissement et conditions d'hygiène personnelles et domestiques insuffisantes:5,3%, sexualité à risque : 2,2%, tabagisme : 6,0%, consommation d'alcool : 1,5%, maladies et accidents professionnels, 2,2%, hypertension : 5,8%, inactivité physique : 3,9%, pollution atmosphérique : 1,1%.

Facteurs de risque indéfinis : 60,3% !!¹¹

Que cachent ces 60, 3% ? A n'en pas douter, une réalité bien plus complexe certes que celles qui consiste à attribuer la causalité des problèmes de santé à la mauvaise éducation ou aux mauvais choix de vie.

Dans son deuxième rapport sur la santé de la population en 2003 déjà, le gouvernement canadien analyse la pauvreté, non seulement comme source de piètres conditions de vie mais également comme source de stress lié à l'incapacité d'agir sur sa vie et sur son environnement, au manque de pouvoir discrétionnaire.

Les réseaux de soutien social sont avancés en tant que deuxième déterminant de sante. Ces réseaux de soutien social « pourraient se révéler très importants pour aider les gens à résoudre les problèmes et à faire face à l'adversité. Ils pourraient aussi nourrir le sentiment de satisfaction et de bien-être qui en découlent et semblent constituer un coussin protecteur contre les problèmes de santé...la vitalité civique désigne la solidité des réseaux sociaux au sein d'une collectivité. La stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité et les bonnes relations de travail et des collectivité qui se tiennent résultent d'une société solidaire qui réduit ou évite de nombreux risques potentiels menaçant la santé »¹²

La santé mentale est également à considérer comme un élément intrinsèque et fondateur de la santé. Une bonne estime de soi, des relations sociales, un pouvoir d'action sur sa vie et ses conditions de vie, une participation au pouvoir dans sa communauté en tant que citoyen sont des données importantes, à la fois porteuses de santé en soi et entraînant des comportements plus sains.

Dans cette optique, le « mode de vie sain » ne se résume donc pas à des bonnes habitudes alimentaires et des activités physiques, à la non-consommation d'alcool ou de tabac mais désigne les dimensions inter reliées qui sont le comportement des individus, la relation entre les personnes et leur milieu social.

Il en résulte que, outre les politiques visant à réduire la fracture sociale, la pauvreté et les conséquences de la pauvreté, les solutions de prévention pourraient par exemple de créer des lieux

¹¹ www.euro.who.int/document/ehr/e78076j.pdf

¹² www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/determinants.html

communautaires, des réseaux d'entraide et culturels, des actions d'éducation permanente, des campagnes de des dispositifs visant à réduire le stress lié au sentiment d'impuissance (autrement dit en augmentant la participation et la démocratie).

C'est toute une autre façon de penser, plus difficile certes car ses effets ne sont pas directement quantifiables et cela nous oblige à revoir nos stéréotypes et clichés à propos des personnes défavorisées, cela nous oblige à nous poser la question de l'espace d'empowerment que la société leur donne.

L'une des grandes difficultés de ce type de lutte contre les inégalités en santé réside également dans le fait que les propositions d'actions ne relèvent pas des compétences du ministère de la santé et ne font pas référence aux les différentes facettes de la santé tel qu'on le considère généralement dans le grand public.

Pour être cohérent avec les diverses analyses scientifiques et politiques qui reconnaissent les différents déterminants de santé et leur interrelations, la lutte contre les inégalités en santé devrait relever d'une stratégie intégrée, centrée sur les personnes et qui leur permettent d'avoir les moyens d'être acteurs des politiques de santé (au sens d'un bien-être physique, psychique et social) et de leur propre devenir (empowerment).

