

2 AGIR POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Agir pour la réduction des inégalités sociales de santé, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 4 p.

○ RÉSUMÉ

Le concept d'inégalités sociales de santé connaît un intérêt croissant chez les scientifiques et dans le monde politique. Pour bien le saisir, il convient d'abord de distinguer les inégalités de santé des iniquités de santé (Marmot, 2007 ; Arcaya *et al.*, 2015) : les inégalités de santé incluent tout type de différences de l'état de santé entre groupes ou individus. Elles peuvent, à titre d'exemple, découler de facteurs génétiques, physiologiques et sont dans ce cas considérées comme inévitables. Quant aux inégalités sociales de santé ou iniquités, elles sont exclusivement liées à des facteurs sociaux extérieurs aux individus ; elles sont de ce fait considérées comme évitables et injustes (Arcaya *et al.*, 2015 ; Marmot, 2007). Selon Mariana C Arcaya, Alyssa L Arcaya et Subu Subramanian « les iniquités de santé sont des différences systématiques en santé qui pourraient être évitées par des moyens raisonnables » (2015:2). Plus généralement, les inégalités

sociales touchent des groupes sociaux, hiérarchisés selon des critères relevant du niveau de richesse, des occupations manuelles ou intellectuelles, du niveau d'éducation, de la culture, de la langue, du sexe, de l'orientation sexuelle, de la couleur de peau ou de la religion (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Arcaya *et al.*, 2015 ; Fassin & Aïch, 2004). Elles concernent en outre l'ensemble du corps social : le gradient social signifie qu'une catégorie d'individus, en fonction de son positionnement dans la hiérarchie sociale, présentera un taux de morbidité et de mortalité moins bon que celui de la catégorie supérieure (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Moquet, 2008). Aplanir ce gradient social de santé suppose l'application de mesures universelles (s'adressant à l'ensemble de la population) combinées à des mesures proportionnelles ciblées (adaptées aux besoins spécifiques de certaines populations) (Observatoire de la Santé du Hainaut, 2017).

La santé, à l'échelle de la population globale, s'est améliorée ces dernières décennies (Marmot, 2007 ; Moquet, 2008) : nous vivons aujourd'hui plus longtemps et en meilleure santé. Derrière ce constat positif se cache une autre réalité, largement documentée dans la littérature scientifique récente et moins récente (Mackenbach, 2019 ; Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Moquet, 2008 ; Goldberg *et al.*, 2002) : l'amélioration de la santé s'est accompagnée, en parallèle, d'un accroissement des inégalités sociales de santé. Ainsi, les progrès accomplis auraient principalement bénéficié aux catégories sociales les plus favorisées, accroissant de ce fait les écarts entre groupes sociaux (Mackenbach, 2019 ; Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Moquet, 2008).

La prise de conscience des inégalités sociales de santé est ancienne. A titre d'exemple, en 1965, en France, un rapport de l'INSEE mettait en lumière l'influence du milieu social sur l'espérance de vie (cité par Lang & Haschar-Noé, 2017). Le Black Report, publié en 1980 en Grande-Bretagne, a joué un rôle majeur dans cette prise de conscience (Lang & Haschar-Noé, 2017). En outre, le

droit à la santé est progressivement entré dans les législations nationales et internationales. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le définit en ces termes : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale » (Constitution de l'OMS, 1948).

○ DÉFINITIONS DES CONCEPTS

Le concept d'inégalités sociales de santé a connu un intérêt croissant chez les scientifiques et dans le monde politique. Pour bien le saisir, il convient d'abord de distinguer *les inégalités de santé des inégalités sociales de santé (ou iniquités de santé)* : les inégalités de santé incluent tout type d'écart de l'état de santé entre groupes ou individus. Elles peuvent, à titre d'exemple, découler de facteurs génétiques, physiologiques et sont dans ce cas considérées comme inévitables. Quant aux inégalités sociales de santé ou iniquités, elles sont exclusivement liées à des facteurs sociétaux extérieurs aux individus ; elles sont de ce fait considérées comme évitables et injustes (Arcaya *et al.*, 2015 ; Marmot, 2007).

Selon Mariana C Arcaya et ses collaborateurs « les iniquités de santé sont des différences systématiques en santé qui pourraient être évitées par des moyens raisonnables » (2015 : 2, traduction libre). Plus généralement, les inégalités sociales touchent des groupes sociaux, qui se distinguent selon des critères relevant du niveau de richesse, des occupations manuelles ou intellectuelles, du niveau d'éducation, de la culture, de la langue, du sexe, de l'orientation sexuelle, de la couleur de peau ou de la religion (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Arcaya *et al.*, 2015 ; Fassin & Aïch, 2004). Ainsi, il apparaît que certains groupes sont en moins bonne santé que d'autres. En France par exemple, il est bien connu qu'il existe des disparités importantes dans l'état de santé des employés et celui des ouvriers. Aux Etats-Unis, les Noirs américains sont davantage malades et décèdent plus jeunes que les Blancs américains (Luo *et al.*, 2021).

En outre, les iniquités ne touchent pas uniquement des personnes ou des groupes pauvres et précarisés. Elles concernent l'ensemble du corps social. Le **gradient social** signifie qu'une catégorie d'individus, en fonction de son positionnement dans la hiérarchie sociale, présentera un taux de morbidité et une espérance de vie moins bons que ceux de la catégorie supérieure (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Moquet, 2008). Pour aplanir la pente du gradient social, il faut mettre en œuvre des mesures universelles (s'adressant à l'ensemble de la population) combinées à des mesures proportionnelles ciblées (adaptées aux besoins spécifiques de certaines populations) (Observatoire de la Santé du Hainaut, 2017). C'est le principe de l'**universalisme proportionné**. En outre, il faut aussi viser simultanément (Rochaix & Tubeuf, 2009) :

- **l'équité horizontale** : les personnes présentant des besoins égaux doivent être traitées équitablement (ex : accès aux soins à toutes et tous sans discriminations de genre, liées à l'âge, à la religion, etc.)
- **l'équité verticale** : les personnes présentant des besoins et/ou des caractéristiques différents doivent être traitées différemment (ex : contribution différente selon le revenu au système d'assurance maladie).

○ CAUSES DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les inégalités sociales de santé découlent de certaines formes d'inégalités structurelles propres aux modes de fonctionnement de chaque société (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Aïch & Fassin, 2004 ; Fassin *et al.*, 2000). Elles trouveraient d'abord leur source dans une répartition inégale des ressources matérielles, affectant profondément la vie des individus, notamment en ce qui concerne le logement, l'alimentation ou l'exposition à l'insécurité. Le niveau de ressources immatérielles d'un individu, telles que le réseau social ou le niveau d'éducation, impacterait aussi directement la santé. De plus, des facteurs d'ordre psychosocial entreraient en compte : certains groupes seraient systématiquement plus exposés au stress et à d'autres émotions négatives, devant ainsi faire face à des phénomènes tels que l'exclusion sociale, la stigmatisation ou la discrimination (Arcaya *et al.*, 2015 ; Goldberg *et al.*, 2002). Plus globalement, l'ensemble des facteurs sociaux influençant la santé ont été analysés par des épidémiologistes et qualifiés de déterminants sociaux de la santé (Braveman & Voigt, 2015 ; Commission on Social Determinants of Health, 2009 ; Moquet, 2008).

○ CONCLUSION

Se pencher sur les déterminants sociaux de la santé - ou sur la manière dont les inégalités de santé sont construites socialement - permettrait de s'éloigner d'une perception simpliste consistant à accorder un poids trop important aux comportements individuels sans tenir compte des mécanismes plus complexes produisant les inégalités. En effet, selon certains sociologues, les inégalités instituées par la société seraient incorporées par les individus, transcrites du social vers le biologique (Fassin *et al.*, 2000).

Finalement, agir pour l'atténuation des inégalités sociales de santé implique de s'intéresser aux « causes des causes » et donc d'agir sur l'ensemble des déterminants qui façonnent la santé.

○ FAITS SAILLANTS

- Les *inégalités de santé* incluent tout type d'écart de l'état de santé entre groupes ou individus. Elles peuvent, à titre d'exemple, découler de facteurs génétiques, physiologiques et sont dans ce cas considérées comme inévitables. Quant aux *inégalités sociales de santé* ou iniquités, elles sont exclusivement liées à des facteurs sociétaux extérieurs aux individus ; elles sont de ce fait considérées comme évitables et injustes.
- Les inégalités sociales touchent des groupes sociaux, hiérarchisés selon des critères relevant du niveau de richesse, des occupations manuelles ou intellectuelles, du niveau d'éducation, de l'origine ethnique, du sexe, de l'orientation sexuelle, de la couleur de peau ou de la religion.
- Les iniquités ne touchent pas uniquement des personnes ou des groupes pauvres et précarisés ; elles concernent l'ensemble du corps social, et nécessitent la combinaison de mesures universelles et de mesures ciblées. En outre, il faut aussi viser simultanément l'équité horizontale et l'équité verticale.
- Les inégalités sociales de santé découlent de certaines formes d'inégalités structurelles propres aux modes de fonctionnement de chaque société.
- Les inégalités instituées par la société seraient incorporées par les individus, transcrites du social vers le biologique.
- Agir pour l'atténuation des inégalités sociales de santé implique d'agir sur l'ensemble des déterminants qui façonnent la santé.

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples.**
Moquet Marie-José. La santé de l'homme. 2008.
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/inegalites-sociales-de-sante-des-determinants-multiples>
- **La réduction des inégalités sociales de santé; un défi pour la promotion de la santé.**
Conseil supérieur de promotion de la santé. Bruxelles. 2011.
https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=1034913
- **Synthèse du séminaire du 9 mai 2017 : L'Universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé.**
Observatoire de la Santé du Hainaut
<https://observatoiresante.hainaut.be/produit/seminaire-luniversalisme-proportionne-strategie-de-reduction-des-inegalites-sociales-de-sante/>
- **Égalité des chances dans la promotion de la santé et prévention en Suisse.**
Promotion Santé Suisse. 2020.
https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/berichte/Rapport_de_base_Egalite_des_chances_dans_la_promotion_de_la_sante_et_la_prevention_en_Suisse.pdf

BIBLIOGRAPHIE

- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*. 2015;8(1):1-12.
- Braveman P. et Gruskin S. Defining equity in health. *J. Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003;57(4):254-258.
- Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève (CH) : OMS ; 2009. 246p.
- Fassin D, Aïch P. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *Revue du praticien*. 2004;(54):2221-2227.
- Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. Dans : Fassin D. Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. Les inégalités sociales de santé. Paris (FR) : La Découverte ; 2000. p. 13-24.
- Goldberg M. *et al.* Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*. 2002;20(4):75-128.
- Haschar-Noe N, Lang T. Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse (FR) : Presses Universitaires du Midi ; 2018. 522p.
- Luo J, Hendryx M, Wang F. Mortality disparities between Black and White Americans mediated by income and health behaviors. *Social Science & Medicine - Population Health*. 2021;29(17):1-6.
- Mackenbach JP. Health inequalities. Persistence and change in European welfare states. Oxford (UK) : Oxford University Press ; 2019. 240p.
- Marmot M. Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*. 2007;370(9593):1153-1163.
- Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. IGAS ; Mai 2011; 124p. Report No. : RM2011-061P.
En ligne : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000580.pdf>
- Moquet MJ. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La Santé de l'homme*. 2008;(397):17-19.
- Observatoire de la Santé du Hainaut. Synthèse du séminaire du 9 mai 2017 : L'Universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé. OSH ; 2017. 17p.
En ligne : https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/06/2017-05-09_SEMISS_Universalisme_proportionne_07-03-2018.pdf
- Preda A, Voigt K. The social determinants of health: why should we care? *The American Journal of Bioethics*. 2015;15(3):25-36.
- Rochaix L, Tubeuf S. Mesures de l'équité en santé : Fondements éthiques et implications. *Revue économique*. 2009;60:325-344.



Fiche extraite du dossier ONZE FONDAMENTAUX EN PROMOTION DE LA SANTÉ : DES SYNTHÈSES THÉORIQUES



Télécharger le dossier complet

Dossier coordonné par Hélène Lambert¹

Préface rédigée par Timothée Delescluse² et Christine Ferron².

La fiche sur la promotion de la santé a été rédigée par Christine Ferron².

La fiche sur l'éthique a été rédigée par Timothée Delescluse³ et Christine Ferron².

Les fiches suivantes ont été rédigées par Hélène Lambert¹, avec les contributions de : Isabelle Aujoulat¹, Timothée Delescluse², Dominique Doumont¹, Christine Ferron² pour la conception et la relecture critique de l'ensemble du document, et d'Océane Le Boulengé¹, Ségolène Malengreaux¹, Claire Deltenre et Lucie de Meester (mémoires à l'UCLouvain/IRSS-RESO dans le cadre de leur master en sciences de la santé publique à l'UCLouvain), pour leur contribution à la rédaction ou leur relecture de certaines fiches.

La conclusion a été rédigée par Dominique Doumont¹ et Isabelle Aujoulat¹.

¹ UCLouvain/IRSS-RESO, Fédération Wallonie Bruxelles, Belgique

² Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, Aubervilliers, France

³ Promotion Santé Normandie, Rouen, France

REMERCIEMENTS :

- **Pour leurs retours à l'occasion d'un moment d'échange** : Denis Mannaerts et Maite Cuvelier (Cultures&Santé), Tiphaine Alonzo et Laure Bidaux (Promotion Santé Normandie), Chloé Hamant (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne-Rhône Alpes), Katherine Loayza (Question Santé), Lucie Cros et Anne Sizaret (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bourgogne-Franche Comté)
- **Pour sa contribution à la conception du projet** : Bénédicte Scheen (UCLouvain/IRSS-RESO, mars 2018 - décembre 2020)
- **Pour la coordination de la mise en page** : Théophile Pitsaer (UCLouvain/IRSS-RESO)
- **Pour le design et la mise en page du document** : Olivier Vertcour (Alakazam)

Pour citer ce dossier : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (Décembre 2021). *Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 64 p.



Avec le soutien de :

