

De la précarité aux inégalités sociales : les enjeux d'une lutte contre l'injustice sociale

Les questions liées à la précarité et à la pauvreté ont toujours été présentes dans les articles de *La Santé de l'homme*. Dans les premiers numéros, les problèmes de restrictions alimentaires, d'habitat et de maladies infectieuses qui touchaient les populations les plus pauvres étaient mis en avant. Malgré l'amélioration globale de la santé, la revue s'est fait ensuite l'écho des écarts qui se creusaient entre catégories sociales, résultant d'une inégale répartition des déterminants socio-environnementaux. Aujourd'hui, le débat sur les inégalités sociales de santé est ouvert au niveau international.

Le soleil se lève sur la première couverture de *La Santé de l'homme* mais l'horizon pluvieux donne naissance à un arc-en-ciel en bleu et blanc. La polychromie n'est pas encore de mise.

1942 : l'état de santé de la population française en cette période difficile et douloureuse de l'histoire est globalement peu satisfaisant. L'espérance de vie à la naissance est de 54,3 ans pour les hommes et de 59 ans pour les femmes (données sur la période 1928-1933) – situation moins bonne que celle d'autres pays comme les Pays-Bas, la Suède, l'Allemagne ou l'Angleterre. La mortalité infantile est de 77 pour 1000 (données sur la période 1930-1932), moins bien que d'autres pays dont les États-Unis, l'Angleterre, la Suède, la Suisse, les Pays-Bas, la Norvège, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande (1).

Priorité à l'amélioration de l'état de santé des plus pauvres

L'habitat est dans une situation préoccupante tant dans les villes, en raison de l'urbanisation sous l'effet de l'industrialisation, que dans les campagnes. Les articles de *La Santé de l'homme* décrivent le fléau des taudis générateurs de maladies et de mort : 200 000 par an (2), que ce soit pour les ouvriers, les petits employés mais aussi les bourgeois. Les épidémies ainsi que la malnutrition sont des sujets prioritaires. La gestion de l'alimentation des écoliers est complexe, la carte de rationnement A (3) ne permet pas de couvrir les besoins alimentaires

des enfants et une recommandation de modération nécessaire dans l'entraînement physique des adolescents en période de restrictions alimentaires a été prise par la Société médicale des hôpitaux de Lyon (27 mai 1941) (4). La France, comme de nombreux pays, est soucieuse de la lutte contre les maladies et les fléaux identifiés comme source d'une mortalité élevée. Les priorités vont à la lutte contre les maladies infectieuses dont la tuberculose, l'insalubrité, la nécessité d'une eau potable, la satisfaction des besoins alimentaires dans un contexte de restrictions alimentaires.

C'est dans ce contexte qu'en complément des programmes d'émissions de radio santé, initiées depuis 1940, la revue *La Santé de l'homme* est créée, en 1942, pour aider à « éduquer la population ». Elle cible les milieux sociaux et plus particulièrement les éducateurs (maîtres en milieu scolaire, organisations de jeunesse... mais aussi la famille).

Les questions liées à l'amélioration de la santé de la population se concentrent sur celle des plus pauvres, les économiquement faibles, les moins éduqués, en cohérence avec les études sur la santé dont les analyses de mortalité différentielle se concentrent sur les extrêmes de l'échelle sociale (écarts entre les riches et les pauvres), sur les écarts entre les

régions et sur les liens avec les comportements individuels (5).

De nombreux articles et dossiers ont été consacrés à ces populations et à la lutte contre les facteurs de risque majeurs identifiés (tabac, alcool, manque d'activité physique, mauvaise alimentation, etc.). L'approche biomédicale et la domination du curatif, en lien avec la solvabilité

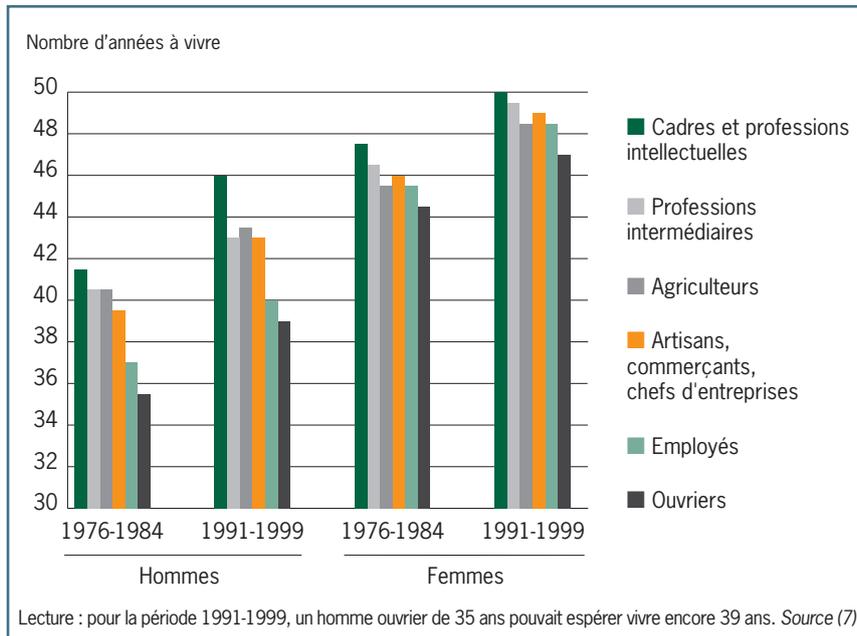
collective de l'accès aux soins pour chacun selon son état de santé, étaient apparus, avec l'éducation de la population, comme une réponse permettant aux écarts de disparaître. La crise économique a renforcé l'idée que la solution se trouvait dans l'accès aux soins pour les plus démunis.

Pourtant, les écarts se creusent

Pourtant, alors que la santé globalement s'améliore progressivement pour tous (l'espérance de vie maximum a connu un rythme d'accroissement de 7 % entre 1960-1965, et 20 % entre 1995-2003) (6), les écarts se creusent. Il ne s'agit plus seulement d'une opposition entre les plus riches et les plus pauvres, mais de la mise en évidence par les travaux de socio-épidémiologie d'un gradient social des inégalités (*Figure 1*). Les questions liées à la précarité, la pauvreté ou l'exclusion, toujours d'actualité, ont tendance à occulter une autre question



Figure 1. Espérance de vie à 35 ans des hommes et des femmes en France, par catégorie socioprofessionnelle (1976-1984 et 1991-1999).



tout aussi dérangeante, celle des écarts entre les différentes catégories sociales et pas seulement les extrêmes.

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Les travaux de recherche en épidémiologie sociale et en géographie de la santé apportent des éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux qui bousculent l'approche biomédicale de la santé qui

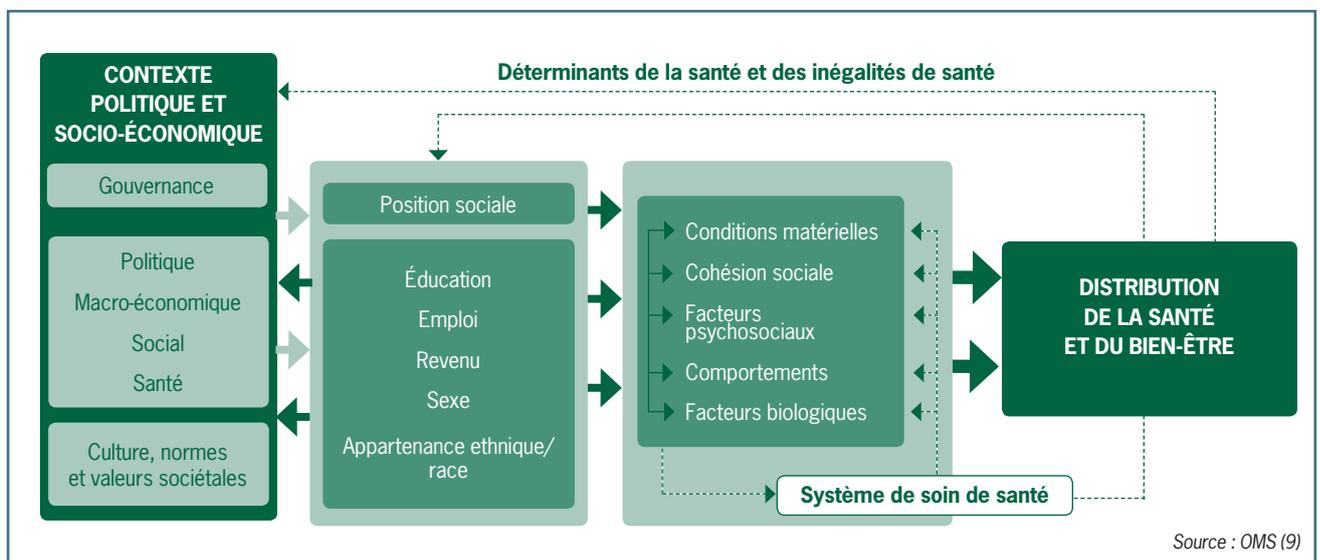
prédomine encore en France. Ils documentent, de façon convergente, la connaissance des inégalités sociales de santé et celle des liens avec les déterminants sociaux. Des modèles explicatifs ont été développés, le plus connu est celui en forme d'arc-en-ciel élaboré par Dahlgren et Whitehead (8), ou celui plus récent de la Commission européenne des déterminants sociaux de la santé (CDSS) (9). Ce dernier met en lumière les déterminants structurels qui influencent les déterminants intermédiaires de la santé et les comportements de santé (Figure 2).

Nécessité de prendre en compte les conditions de vie

Les différents déterminants que l'on rassemble désormais dans une approche socio-environnementale de la santé ont donné lieu à de nombreux articles dans l'histoire de *La Santé de l'homme* (et plus particulièrement ceux concernant l'éducation, le logement, les conditions de travail, les facteurs psychosociaux...). En 1942, la revue se veut « un journal d'hygiène, de médecine préventive et sociale », résolument axé sur la prévention et non sur les soins au service d'une « santé qui ne se réduit pas à la simple absence de maladie » (11). Pour les dix-huit sections (lire l'encadré p. 37), des contributeurs qui ne se limitent pas aux professionnels de santé sont mobilisés. On y trouve des professeurs d'éducation physique, d'enseignement ménager, des architectes, urbanistes, assistantes sociales, etc. C'est une diversité d'approches et de rédacteurs.

À côté de l'approche sur des facteurs de risque, on trouve de nombreux articles sur l'environnement et les conditions de vie. Pierre Delore décrit l'importance de « la médecine de la santé », celle qui s'adresse à l'homme bien portant dont il écrit « ses possibilités insoupçonnées dépasseront de beaucoup celles de l'hygiène et de la médecine préventive actuelles » (12). Il s'insurge contre la non-prise en compte des autres besoins de santé : « Les équipements pour le sport sont à peu près nuls, et les équipements médico-chirurgicaux insuffisants alors que les pharmaciens font fortune » (13). En 1944,

Figure 2. Modèle des déterminants sociaux de la santé.



un dossier est consacré au « savoir habiter » avec un plaidoyer pour le droit au logement dans un article intitulé « *Sous le signe de la justice sociale ; savoir habiter, pouvoir habiter* » (14). P. Delore y écrit : « *Le taudis est une des plus grandes misères de la vie, un des plus grands scandales de l'époque, une des plus grandes injustices sociales...* » (15).

Pour une politique nationale de réduction des inégalités sociales de santé

La question des inégalités sociales de santé, avec un accroissement des écarts au sein de la société, englobe la question de la santé des extrêmes (entre les plus riches et les plus pauvres) mais ne limite pas à ces groupes sociaux. Ces inégalités résultent d'une inégale répartition des déterminants socio-environnementaux de la santé et constituent une injustice sociale.

« *Si [par nos interventions] nous ciblons seulement les 10 % les plus pauvres, nous passons à côté de l'essence du problème que sont les inégalités sociales de santé* » Michael Marmot (16).

Les sections constitutives de la revue *La Santé de l'homme*

Ces sections (rubriques) ont été constituées de techniques éducatives correspondant aux différents secteurs de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale.

- | | |
|---|---|
| 1. L'Homme normal et la santé | 10. Alcoolisme |
| 2. Eugénique et maternité | 11. Tuberculose |
| 3. Puériculture | 12. Maladies vénériennes |
| 4. Hygiène scolaire | 13. Cancer |
| 5. Hygiène des groupements scolaires | 14. Maladies infectieuses |
| 6. Hygiène corporelle, éducation physique et sports | 15. Hygiène mentale |
| 7. Hygiène ménagère et alimentaire | 16. Spécialités : œil, gorge, oreilles, dents |
| 8. Habitation et urbanisme | 17. Travail et santé – Prévention et sécurité |
| 9. Hygiène rurale et vétérinaire | 18. Économie humaine, Service social |

Le débat sur leur réduction est ouvert tant au niveau européen qu'au niveau national (17, 18). En France, il n'existe à ce jour aucun programme intersectoriel pour une politique nationale de lutte ou de réduction des inégalités sociales de santé. Si le système de santé peut veiller à ne pas les aggraver, voire mettre en œuvre des actions de rattrapage, il ne faudrait pas que l'objectif assigné aux soins et à la prévention conduise à l'occultation du débat social pour l'élaboration de politiques publiques fondées sur la justice

sociale. Dès 1942, divers contributeurs dans *La Santé de l'homme* appelaient à un travail intersectoriel dans lequel architecte, médecin, économiste, législateur... travailleraient au service du développement humain et de la santé de l'homme. Soixante-dix ans après, ce plaidoyer est toujours d'actualité...

Dr Marie-José Moquet

Chef du département Qualité et Labellisation, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes.

► Références bibliographiques

- (1) Quelques éléments de démographie française. *La Santé de l'homme*, novembre 1942, n° 7 : p. 4.
- (2) *La Santé de l'homme*, avril 1942, n° 1 : p. 13.
- (3) Randoïn L. Comment doit-on s'efforcer de résoudre le problème de l'alimentation en temps de restrictions ? *La Santé de l'homme*, décembre 1942, n° 8 : p. 5.
- (4) La modération nécessaire dans l'entraînement physique des adolescents en période de restrictions alimentaires. *La Santé de l'homme*, avril 1942, n° 1 : p. 10.
- (5) *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1965, n° 135 ; septembre-octobre 1992, n° 301 ; janvier-février 1997, n° 327.
- (6) Vallin J., Meslé F. Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ? Population et sociétés, décembre 2010, n° 473 : 4 p. En ligne : www.ined.fr/fichier/t_publication/1521/publi_pdf1_pes473.pdf
- (7) Lang T., Leclerc A. Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique. In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. M. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 64. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/>

- [catalogue/pdf/1333.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf)
- (8) Dahlgren G., Whitehead M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Medicine Health Policy and Planning*, 2008 ; 23 : p. 318-327. (Source d'origine : Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm : Institute for Future Studies, 1991).
- (9) *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008. Résumé analytique du rapport final : 34 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf
- (10) Guichard A., Potvin L. Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique. In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. M. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 45. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- (11) Delore P. Présentation. *La Santé de l'homme*, avril 1942, n° 1 : p. 1.

- (12) Delore P. L'homme normal et la santé. *La Santé de l'homme*, juin 1942, n° 3 : p. 1.
- (13) Winter P. Urbanisme et médecine. *La Santé de l'homme*, novembre 1942, n° 7 : p. 9.
- (14) Sous le signe de la justice sociale : savoir habiter, pouvoir habiter. *La Santé de l'homme*, août-septembre-octobre 1944, n° 24 : p. 109.
- (15) Delore P. Le taudis et ses méfaits. *La Santé de l'homme*, août-septembre-octobre 1944, n° 24 : p. 126.
- (16) Professor Sir Michael Marmot. *Closing the Gap in a generation: Global Health Equity and the Commission on Social Determinants of Health*. Conférence, Montréal, 5 février 2009. En ligne : http://www.centrelearoback.org/assets/html/cr_player_marmot_video.html
- (17) Comment réduire les inégalités sociales de santé ? *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2008, n° 397 : p. 16-47. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-397.pdf>
- (18) Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention [dossier]. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2011, n° 414 : p. 7-43. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>