



Article professionnel

Article

2005

Published version

Public access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

L'égalité : le retour. [Compte rendu de :] Status syndrome : How your social standing directly affects your health and life expectancy / Michael Marmot. - London : Bloomington, 2004

Mauron, Alex

How to cite

MAURON, Alex. L'égalité : le retour. [Compte rendu de :] Status syndrome : How your social standing directly affects your health and life expectancy / Michael Marmot. - London : Bloomington, 2004. In: Revue médicale suisse, 2005, vol. 20, p. 1376–1377.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:84047>

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.

Last deposit update in Archive ouverte UNIGE on 15.03.2023 01:23



L'égalité : le retour ?

Rev Med Suisse 2005 ; 1 : 1376-7

A. Mauron

Pr Alex Mauron
Institut de bioéthique
CMU, 1211 Genève 4
Alexandre.Mauron@medecine.unige.ch

Rubrique bioéthique
Coordination rédactionnelle :

Institut de bioéthique (Université de Genève) et Centre lémanique d'éthique (Université de Lausanne)

A propos de: Michael Marmot. Status Syndrome. How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy. Londres: Bloomsbury, 2004.

Imaginez un trajet en métro dans la capitale américaine. Vous partez du quartier sud-est de Washington et vous vous dirigez vers le comté de Montgomery, dans le Maryland. L'espérance de vie augmente d'une année et demie par mille parcouru. En effet, l'écart entre les quartiers pauvres à majorité noire, proches du centre-ville et les banlieues cossues est de vingt ans. Ce court voyage englobe donc toutes les valeurs de la longévité présentes dans les pays développés. Ainsi, au Japon, l'espérance de vie à la naissance est de 85,3 ans pour les femmes et 78,4 ans pour les hommes, alors qu'en Russie, les chiffres sont de 71,8 et 58,3 ans respectivement.¹

Cette observation ouvre le livre de Michael Marmot, qui retrace avec éloquence un parcours scientifique passion-

nant consacré aux hiérarchies sociales et leurs effets sur la santé et la longévité. Certes, les déterminants sociaux de la santé constituent une préoccupation ancienne de la médecine et pour qui n'est pas familier de ce sujet, ils évoquent peut-être des lapalissades. Ainsi, il vaut mieux être riche et bien-portant que pauvre et malade, voilà un scoop ! Pourtant, dès les années soixante-dix, l'étude Whitehall menée par Marmot sur 18 000 fonctionnaires du quartier londonien des ministères apportait déjà son lot de surprises. D'abord, le risque d'accident cardiovasculaire diminue à mesure qu'on monte dans l'échelle de la fonction publique. Voilà qui semble à rebours du bon sens. Responsabilités écrasantes, combat des chefs, dossiers qu'on emmène à la maison pour les potasser le week-end... «Chacun sait» qu'on est plus stressé au sommet de la hiérarchie. Or en réalité, le gradient social va en sens inverse. De plus, ce gradient n'est pas propre à la mortalité cardiovasculaire mais se retrouve pour la plupart des autres causes de décès fréquentes. Enfin, loin d'être un effet spécifique aux classes inférieures de la hiérarchie, cette stratification vaut pour toute l'échelle. Pour ceux de nos lecteurs qui sont des fans de la série-culte de la BBC *Yes Minister*, nous dirons que le *Private Secretary* Bernard Wooley devrait vivre moins longtemps que le *Permanent Secretary* Sir Humphrey Appleby.

L'explication qui vient immédiatement à l'esprit est que les facteurs de risque pour les pathologies les plus courantes sont eux-mêmes stratifiés socialement. C'est vrai, on fume plus, on est plus hypertendu, on prend moins d'exercice physique au bas de l'échelle, mais cela n'explique que très partiellement ce gradient, qu'entre-temps les études de Marmot et bien d'autres ont retrouvé dans la socié-

té britannique en général comme dans la plupart des pays développés. Marmot passe minutieusement en revue les suspects usuels : mauvais comportement, mauvaise alimentation, mauvais gènes, accès insuffisant aux soins de santé. Ces facteurs sont plus ou moins pertinents, mais aucun n'explique vraiment le phénomène. Car dans les données corrigées en fonction des facteurs de risque classiques, le gradient subsiste, mais avec une pente plus faible.

Mais au fait, quelle est la variable indépendante qui définit le mieux une hiérarchie sociale : le revenu ? Le niveau d'éducation ? Les succès ou les échecs ? La réponse est complexe, variable selon les pays et les milieux, mais ce qui compte, c'est la place relative de chacun dans la hiérarchie qui le touche de plus près, plutôt qu'une mesure absolue de la richesse ou du statut social. L'hypothèse centrale de Marmot est celle-ci : mieux on est placé dans l'échelle sociale, plus on a d'autonomie et de contrôle sur les événements importants de l'existence. Cela implique une expérience qualitativement différente du stress, en particulier celui qui s'attache aux crises et transitions importantes qui marquent tout parcours de vie : adolescence, changements de situation matérielle, deuils... Or, ces stress diversement vécus se traduisent, entre autres, par une susceptibilité différentielle à de nombreuses maladies.

Marmot raconte avec humour et profondeur comment son travail s'est nourri de deux influences intellectuelles a priori bien disparates : d'un côté, les travaux éthologiques sur les hiérarchies des singes et de l'autre, les réflexions d'Amartha Sen, philosophe et prix Nobel d'économie, sur la nature des inégalités sociales. Les primatologues ont montré que les hiérarchies de dominance chez les

«... mieux on est placé dans l'échelle sociale, plus on a d'autonomie et de contrôle sur les événements importants de l'existence ...»

singes impliquent aussi un gradient en santé. Pourtant, «les babouins ne fument pas, ne mangent pas de hamburgers, ni ne manquent leur rendez-vous chez le médecin». Quant à l'apport de l'économiste philosophe, c'est l'idée que les inégalités les plus insupportables ne sont pas affaire de pauvreté purement matérielle, mais celles

qui affectent la capacité des individus à organiser leur vie de façon autonome plutôt que de réagir au coup par coup aux accidents d'un quotidien qu'ils ne contrôlent pas.

Marmot le relève brièvement, ces faits épidémiologiques remettent en selle la notion de classe sociale, mais sous une forme bien différente du concept marxiste. On est très loin des classes sociales définies en termes essentialistes, qui seraient les vrais acteurs de l'histoire. Par

«... Dans une société inégalitaire, nous sommes virtuellement tous perdants ...»

contre – et c'est au fond bien plus subversif – il y a bien une stratification sociale, qui englobe tout un chacun. De plus, il se pourrait bien que ce gradient ait une véritable inscription neurobiologique, comme le suggèrent les travaux

sur le stress et les études sur les hiérarchies chez les primates non humains.

Est-ce à dire que si

le problème a un versant biologique, la solution doit être biologique aussi? Justement pas, car le progrès biomédical n'a pas empêché le gradient social en santé de s'aggraver dans de nombreux pays riches.

Les pays développés ont vaincu les causes principales de mortalité très précoce et pourtant la Grande Faucheuse reste sélective. Il ne s'agit pas principalement d'une différence entre les riches et les pauvres, ou d'une opposition entre

une vaste classe moyenne et les «exclus», ou les «classes défavorisées». Ce n'est pas une affaire entre «eux» et «nous», mais une stratification qui englobe tout le corps social. Le message final de Marmot est explicitement éthique. Dans une société inégalitaire, nous sommes virtuellement tous perdants. Mais ce diagnostic est empreint d'optimisme réformiste: la stratification sociale de la santé et de la longévité n'a rien d'inévitable. La pente du gradient en santé est très variable car elle tient pour l'essentiel à des dispositifs sociaux qu'il ne tient qu'à nous de changer. ■

Bibliographie

Organisation mondiale de la santé: World Health report 2004: Statistical annex. Espérance de vie à la naissance pour 2002.
http://www.who.int/whr/2004/en/09_annexes_en.pdf