



Article scientifique

Article

1999

Published version

Open Access

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

La santé: une question d'égalité. Evidences scientifiques et impératif de
société

Papart, Jean-Pierre; Chastonay, Philippe; Froidevaux, Dominique

How to cite

PAPART, Jean-Pierre, CHASTONAY, Philippe, FROIDEVAUX, Dominique. La santé: une question d'égalité. Evidences scientifiques et impératif de société. In: Médecine et hygiène, 1999, vol. 57, p. 627–628.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:29483>

J.-P. Papart,
Ph. Chastonay
et D. Froidevaux

LA SANTÉ : UNE QUESTION D'ÉGALITÉ. ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES ET IMPÉRATIF DE SOCIÉTÉ

Aspects épidémiologiques

Les recherches en épidémiologie ont rassemblé de nombreux indices démontrant que l'égalité n'était pas qu'une finalité hautement souhaitable sur le plan éthique. C'est un facteur essentiel à la bonne santé des populations. Nous savons depuis longtemps déjà que l'accès aux soins de santé est loin d'être le principal déterminant de la santé. Selon Evans, «l'existence ou l'absence de soins peuvent être décisives pour la santé des individus ; mais elles ne permettent pas d'expliquer les différences d'états de santé des populations».¹ Le rôle de la classe sociale d'appartenance, avec ce que cela signifie en termes de salaire et de niveau d'étude, est bien établi depuis longtemps pour expliquer les différences de risque de mortalité par âge.² Mais le constat ne s'arrête pas là. Les différences hiérarchiques ont aussi à l'instar des différences socio-économiques un impact net sur le risque de mortalité. L'étude menée par Marmot et son équipe,³ qui ont suivi pendant près de deux décennies plus de dix mille fonctionnaires britanniques, n'a pas seulement montré une forte corrélation entre la position sociale (salaire, niveau d'éducation) et la santé, mais aussi le rôle joué par la hiérarchie per se. En faisant abstraction du niveau d'éducation et de celui du salaire,⁴ Marmot a montré que les fonctionnaires situés en bas de la hiérarchie (les employés de bureau et les ouvriers d'entretien) présentaient un risque de mortalité plus de trois fois supérieur⁵ à celui de ceux qui occupaient les positions sociales les plus élevées (les cadres supérieurs).⁶

En 1965, les Français (de sexe masculin) avaient la même espérance de vie que les Japonais : 68 ans. Vingt-cinq ans plus tard, les Japonais ont gagné quatre années de plus que les Français : 76 ans contre 72 ans. Pourquoi cette différence ? Très vraisemblablement parce que l'organisation sociale et professionnelle au Japon n'est pas entachée d'écarts aussi importants entre les différents niveaux hiérarchiques que ceux constatés en France.⁷ Aussi, parce que l'enrichissement qu'ont connu les deux sociétés a été redistribué de manière beaucoup moins égalitaire en France qu'au Japon. Wilkinson⁸ a montré qu'une distribution égalitaire des revenus avait plus d'impact positif sur la santé d'une population qu'un niveau élevé du revenu moyen. L'augmentation de celui-ci pouvait même aller de pair avec une détérioration de l'état de santé si la richesse se trouvait concentrée dans un petit nombre de mains.

Les déficits de santé observés ne s'expliquent pas seulement par les phénomènes de rareté (en nourriture, logement, éducation, soins de santé, sécurité) vécue par les pauvres, mais aussi en raison des différences de statuts hiérarchiques. Vagero et Lundberg⁹ ont montré qu'à l'instar de ce qui a été observé chez les Britanniques par Marmot, la mortalité des Suédois varie en sens inverse de leur niveau socio-économique, mais que les écarts sont beaucoup moins prononcés et que la mortalité des catégories inférieures suédoises est plus basse que

celle des catégories supérieures britanniques. Ils considèrent que cette différence est due à davantage d'égalité des statuts socio-professionnels en Suède. Il y a donc des phénomènes qui modulent l'impact de l'inégalité économique.

La santé une question de lien social

Les différentes positions sociales sont associées à l'exposition à différents facteurs de stress. Et la réponse de l'individu au stress diffère aussi d'une position sociale à l'autre. Cette réponse est fondamentalement modulée par les valeurs culturelles et l'organisation sociale de la communauté d'appartenance de l'individu.¹⁰ Un environnement qui assure un soutien social à l'individu lui permet de supporter de plus fortes pressions.

L'étude réalisée dans le district d'Alameda en Californie sous la responsabilité de Berkman et Syme¹¹ a montré comment le manque de liens sociaux et communautaires avait un impact négatif sur l'espérance de vie des individus. La qualité de ces liens sociaux a par ailleurs un rôle considérable. Une autre recherche menée par Marmot¹² a tenté d'expliquer la rareté relative des maladies coronariennes au Japon par rapport aux Etats-unis. Les niveaux différents d'exposition aux facteurs explicatifs traditionnels, le tabac, l'hypertension et le cholestérol, étaient loin de pouvoir expliquer les différences de prévalence entre les deux pays. Les différences observées s'expliquent en grande partie pour des raisons culturelles. Les interactions sociales telles qu'elles sont organisées dans la société japonaise traditionnelle semblent permettre une meilleure gestion du stress. Marmot a montré que, plus les Japonais étaient attachés au mode de vie traditionnel (solidarité familiale, participation aux rites sociaux traditionnels, etc.), plus ils étaient protégés contre les maladies coronariennes et que, a contrario, le risque augmentait avec le caractère «moderne» du mode de vie.

Selon Dressler,¹³ le mode de vie moderne implique une pression à la consommation ainsi qu'une reconnaissance sociale trop directement dépendante des ressources économiques. Dans ce contexte, les valeurs culturelles et communautaires, dites «traditionnelles», s'avèrent moins efficaces dans la gestion du stress. Au contraire, le stress pourrait être renforcé par la menace identitaire que représentent les contradictions croissantes entre le statut économique réel des individus et la position sociale que l'on attend d'eux dans leur communauté de référence.

Dans son introduction à l'excellent livre *Why are some people healthy and others not?*,¹⁴ Evans écrit que «l'élément-clé pour la santé se trouve dans la qualité du «micro-environnement» physique et social plutôt que dans un quelconque lien mécanique «santé-richesse». La qualité de cet environnement implique qu'il puisse offrir une forte autonomie aux individus, leur donnant à la fois la possibilité de se rendre utiles, de s'intégrer et de

L'égalité est un facteur essentiel à la bonne santé des populations



- 1 Evans RG. Introduction, in Evans RG, Barer ML, Marmor TR. *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine de Gruyter, Inc., 1994.
- 2 Marmot MG, McDowell ME. Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet* 1986; 2: 274-6.
- 3 Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Ann Rev Public Health* 1987; 8: 115-35.
- 4 Les outils de la statistique (standardisation et régression logistique) permettent de mesurer l'impact d'un déterminant particulier en faisant abstraction des autres.
- 5 Après dix ans de suivi des fonctionnaires âgés au départ de l'étude entre 40 à 64 ans, 4% des cadres supérieurs étaient décédés contre 14% chez les employés de bureau et les ouvriers d'entretien.
- 6 Marmot MG, Theorell T. Social class and cardiovascular disease: The contribution of the work. *Intern J Health Services* 1988; 18: 659-74.
- 7 Schieber GJ, Poullier J-P, Greenwald LM. U.S. Health expenditure performance: An international comparison and data update. *Health Care Financing Review* 1992; 13: 1-87.
- 8 Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 1992; 304: 165-8.
- 9 Vagero D, Lundberg O. Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet* 1989; 2: 35-6.
- 10 Voir à ce propos l'excellent texte de Corin, La matrice culturelle de la santé et de la maladie. In Evans RG, Barer ML, Marmor TR, *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine de Gruyter, Inc., 1994.
- 11 Berkman LF, Syme L. Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 186-204.
- 12 Marmot MG, Syme SL, Kagan A, Kato H, Cohen JB, Belsky J. Epidemiological studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California. Prevalence of coronary and hypertensive heart disease and associated risk factors. *Am J Epidemiol* 1975; 102: 514-25.
- 13 Dressler WW. Psychosomatic symptoms, stress and modernization: A model. *Culture Med Psychiat* 1985; 9: 257-86.
- 14 Evans RG, Barer ML, Marmor TR. *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine de Gruyter, Inc., 1994.
- 15 Caplan G. Social support and community mental health. New York: Basic Books, 1974.
- 16 Gottlieb BH. The development and application of a classification scheme of informal helping behaviors. *Can J Behav Sci* 1978; 10: 105-15.
- 17 Cobb S. Social support and health through the life course. In: MW Riley (Ed.), *Aging from Birth to death: Interdisciplinary Perspectives*. Washington: American Association for the advancement of science, 1979.
- 18 Hirsch BJ. Social networks and the coping process: Creating personal communities. In: BH Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support. Studies in community mental health*, 4, Beverly Hills, Ca.: Sage, 1982.
- 19 Bozzini L, Tessier R. Support social et santé. Dans: J Dufresne, F Dumont, Y Martin (Eds.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. Presses de l'Université du Québec, 1985; 909-10.
- 20 Liddeil H. Some specific factors that modify tolerance for environmental stress. In: Wolff HC, et al. (Eds.), *Life stress and bodily disease*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1950.

- 21 Conger JC, et al. *The role of social experience in the production of gastric ulcers in hooded rats placed in a conflict situation.* *J Abnor Psychol* 1958; 57 : 216.
- 22 Nerem R, et al. *Social environment as a factor in diet-induced atherosclerosis.* *Science* 1980; 208 : 1475-6.
- 23 Leidermann PH, Shapiro D. *Psychological approaches to social behavior.* Stanford: Stanford University Press, 1964.
- 24 Kobrin FE, Hendershot GE. *The family ties reduce mortality: Evidence from the US, 1966-68.* *J Marriage and the Family* 1977; 39 : 737-45.
- 25 Parkes MC, Benjamin B, Fitzgerald RE. *Broken hearth: A statistical study of increased mortality among widowers.* *BMJ* 1972; 1 : 740-3.
- 26 Maddison D. *The relevance of conjugal bereavement for prevention psychiatry.* *Br J Med Psychol* 1968; 41 : 223-33.
- 27 McMahon B, Pugh TP. *Suicide in the widowed.* *Am J Epidemiol* 1965; 81 : 23-30.
- 28 Bruhn JG, et al. *Social aspects of coronary heart disease in a Pennsylvania German community.* *Soc Sci Med* 1968; 2 : 201-2.
- 29 Shyring A, et al. *Some epidemiological and family aspects of coronary heart disease: Report of a pilot study.* *J Chronic Dis* 1963; 16 : 2367-79.
- 30 Matsumoto JY. *Social stress and coronary heart disease in Japan.* *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1970; 48 : 9.
- 31 Wolf S. *Psychosocial forces in myocardial infarctus and sudden death.* *Circulation* 1969 39-40 (Suppl. IV) : 74-83.
- 32 Eyer J. *Hypertension as a disease of modern society.* *Intern J Health Services* 1975; 4 : 539-58.
- 33 Berkman L, Syme L. *Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow up study of Alameda County residents.* *Am J Epidemiol* 1979; 109 : 186-204.
- 34 Allan Hill a montré que dans certaines sociétés traditionnelles du Mali, alors qu'il s'attendait (comme nous-mêmes) à ce que les groupes sociaux les plus forts économiquement expérimentent des taux de mortalité des enfants inférieurs à ceux rencontrés chez les plus pauvres, c'est l'inverse qu'il a constaté (différences géographiques et sociales dans la mortalité infantile et juvénile au Mali, *Population* 1984; 6 : 921-46); ce qui montre que dans les sociétés pré-modernes, la vie des enfants n'est pas toujours soumise à la loi de la rareté et que la richesse matérielle ne va pas nécessairement de pair avec des risques de mortalité réduits.
- 35 Voir l'étude de C. Herzlich et J. Pierrat, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui.* Paris : Payot, 1984.

Adresse des auteurs :

Drs J.-P. Papart, Ph. Chastonay
et D. Froidevaux
Institut de médecine sociale et
préventive
CMU
1211 Genève 4

renforcer leurs moyens d'exercer un contrôle sur leur existence.

Le lien social et son effet direct, le support social, ont fait l'objet de nombreuses tentatives d'élaborations conceptuelles.^{15,16,17,18} Il existe un certain consensus entre les auteurs pour différencier quatre dimensions au support social, les dimensions affective, cognitive, matérielle et normative. «La dimension affective : on peut aider quelqu'un en l'aimant, en l'écoutant, en le réconfortant émotivement, etc. La dimension cognitive : on peut aider quelqu'un en lui donnant de l'information, en secondant ses efforts pour maîtriser intellectuellement un problème, etc. La dimension matérielle : on peut aider quelqu'un en lui facilitant l'accès à certaines ressources matérielles, en agissant pour ou avec lui dans l'environnement pour le modifier favorablement, etc. La dimension normative : on peut aider quelqu'un en lui validant son comportement de rôle, en lui suggérant des comportements adéquats eu égard à des modèles et des normes, de façon, entre autres, à maintenir élevée son estime de lui-même».¹⁹ Toutes ces dimensions du support social ont un impact positif sur la santé des personnes qui en sont adéquatement pourvues.

L'hypothèse du rôle immunitaire du support social est maintenant très fortement établie après avoir été testée tant sur des modèles animaux qu'humains. Liddell a observé qu'une chèvre isolée et soumise à un stimulus monotone développait des signes de névrose expérimentale, ce qui n'était pas le cas de sa jumelle soumise aux mêmes conditions mais en présence de la mère.²⁰ Conger a montré que des rats subissant des chocs électriques développaient plus d'ulcères s'ils étaient seuls plutôt qu'en compagnie de congénères.²¹ Nerem a démontré que des lapins soumis à un régime à haute teneur en lipides mais caressés subissaient un développement athérosclérotique inférieur à celui expérimenté par leurs congénères soumis à la même alimentation mais privés d'attention.²² Leiderman et Shapiro ont montré que plusieurs réponses physiologiques associées au stress étaient modulées par la qualité et la quantité du support humain apporté. Par exemple, le statut de rejeté – de bouc émissaire – à l'intérieur d'un groupe, affecte négativement chez la victime les indicateurs physiologiques liés au stress.²³ L'hypothèse n'a pas seulement été testée expérimentalement mais

aussi dans le cadre de nombreuses études épidémiologiques qui pareillement infèrent du rôle protecteur sur la santé du support social.²⁴⁻³³

Le droit à la santé

Si la santé d'une population tient fondamentalement à sa cohésion sociale, celle-ci sera d'autant mieux garantie que la population expérimente un haut niveau d'égalité économique, un renouvellement constant de ses valeurs communautaires, ainsi qu'un accès pour tous à ce qui fait l'essentiel du lien social. Dans notre monde «occidentalisé», c'est bien encore le travail qui assure en grande partie ce lien social. Par conséquent et jusqu'à nouvel ordre, le droit à la santé passe encore par le droit au travail. Des sociétés traditionnelles ont construit le lien social sur d'autres bases : la participation à la vie communautaire, le culte des ancêtres, etc.³⁴ Ce n'est plus notre lot.

Les années 70-80 auront vu se développer une nouvelle culture de la maladie et de la santé organisée autour du rapport au travail. La santé s'identifiait à la capacité de travailler et donc de gagner sa vie. Quant aux accidents et à la maladie, ils étaient considérés avant tout comme le tribut que paient les individus à la croissance économique. La société leur devait donc réparation. C'est en tout cas ce qui se transcrit dans les lois sociales de ce que l'on a appelé l'Etat-Providence.³⁵ Le consensus social était alors total autour de la nécessité de faire augmenter les budgets alloués à la santé de façon parallèle à la production et à la productivité. Le consensus était aussi net concernant le lieu de cet investissement : la médecine curative. L'hôpital est devenu pour le malade ce que l'usine était pour l'ouvrier.

Mais c'est aussi durant cette période que s'enracine une solide conscience du droit à la santé comme droit fondamental de l'être humain, que les droits économiques et sociaux de la Déclaration universelle de 1948 – il y a tout juste 50 ans – vont consacrer. A trois occasions, en 1970, en 1977 et en 1998, l'Assemblée mondiale de la santé a proclamé que la santé est un droit humain. Et c'est sur cette culture que viennent se greffer de nouvelles aspirations concernant non seulement les droits des patients, mais aussi, plus profondément, une vision exigeante du droit au bien-être pour tous. ■

↓ EUROPE

■ ESPAGNE : DIMINUTION DU DÉLAI D'ATTENTE POUR LES OPÉRATIONS

Le Service national de la santé (INSALUD) espagnol a réduit le temps d'attente moyen pour les procédures chirurgicales de trois à deux mois en 1998. Les patients attendent donc cinq mois de moins qu'en 1996 lorsque la moyenne des temps d'attente atteignait sept mois (*BMJ* 1999; 318 : 417).

Ces données encourageantes ont été présentées le mois dernier par le ministre de la santé, José Manuel Romay-Beccaria, qui a affirmé «que les listes d'attente

demeurent le problème de santé numéro un en Espagne, et donc que ces nouvelles données sont les meilleurs indicateurs du bon fonctionnement des services de santé». Les listes d'attente qui comptaient 190 000 personnes en juin 1996 se sont réduites à 132 221 patients à la fin 1998. Durant la même période, le nombre d'opérations par jour a passé de 36 000 en 1996 à plus de 95 000 en 1998.

C. Vauthey