

Les visages sociaux de la santé et des soins : les déterminants sociaux de la santé¹

Vincent Lorant, Institut de Recherche Santé et Société et Faculté de Santé Publique

Université Catholique de Louvain

Clos Chapelle-aux-Champs 30 /B1.30.15

B- 1200 Bruxelles

Vincent.lorant@uclouvain.be

La Belgique est une société bénie : démocratique, d'un niveau d'éducation et d'une espérance de vie élevés, hébergeant de nombreuses institutions sociales et des mouvements sociaux actifs et respectés. Mais cela n'empêche pas notre pays d'être affecté par une maladie commune aux pays qui nous ressemblent : le gradient social de la santé. L'espérance de vie en bonne santé reste encore largement déterminée par les différents aspects de la stratification sociale, tels que le niveau d'éducation, le niveau de revenu, le statut socio-professionnel et l'identité ethnique. Les déterminants sociaux de la santé sont les aspects de la position sociale qui affectent la distribution inégale de la santé entre groupes sociaux. Cet article vise à éclairer trois questions à ce propos. Quels sont ces « déterminants » sociaux de la santé ? Comment opèrent-ils leurs effets sur la santé ? Et quels rôles les travailleurs sociaux peuvent-ils jouer sur ces déterminants ?

Avant d'aborder ces questions, l'article décrira l'ampleur des inégalités de santé, soit les différences (ou les rapports) de santé entre les différents groupes de la stratification sociale en Belgique.

Les inégalités de santé

Le tableau de bord des inégalités de santé est un peu à l'image d'un cockpit d'un avion, composé de nombreux clignotants, ce qui ne facilite pas la description et le pilotage des déterminants sociaux de la santé de notre population : espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, santé subjective, morbidité, comportements de santé... D'après le rapport belge de 2016 du KCE, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, sur la performance du système de santé belge (rapport 259B), les hommes faiblement scolarisés ont une espérance de vie de 8 ans plus courte que les hommes les plus scolarisés. Cette différence est de 6 ans chez les femmes. Les différences d'espérance de vie sans incapacité sont plus importantes : les hommes et les femmes les moins scolarisés ont une espérance de vie sans incapacité, inférieure de 19 ans à celle des hommes et femmes les plus scolarisés. Ces différences se marquent également dans la morbidité : risque d'infarctus du myocarde, risque de cancer, risque de suicide. Par exemple, en Belgique, le risque de mortalité par suicide des personnes les moins scolarisées est 60% plus élevé que celui des plus scolarisées[1].

Comment se présentent ces différences à l'étranger et comment évoluent-elles ? Un consortium européen a récemment [2] fait le point sur cette question. Les différences absolues de mortalité entre les personnes les moins scolarisées et les plus scolarisées sont plus faibles en Belgique en comparaison avec les autres pays européens (mais l'Italie et l'Espagne font mieux que nous). De plus, elles se sont réduites, en termes absolus, au cours des dix dernières années, mais elles augmentent en termes

¹ L'auteur remercie ses collègues de l'Institut Santé et Société pour leurs suggestions et commentaires : Nathalie Chaidron, Marie Dauvrin, William d'Hoore, Brice Lepiece, Pablo Nicaise, Niko Speybroeck, Carine Van Malderen.

relatifs². Paradoxalement, ces inégalités ne sont pas plus faibles dans les pays nordiques et elles n'ont pas vraiment augmenté à la suite de la crise économique de 2007.

La stratification sociale

La stratification sociale ne se limite pas à la scolarité. Elle est multidimensionnelle, y compris dans ses implications sanitaires. Elle peut être résumée, pour désigner les dimensions les plus importantes, par l'abréviation anglaise « PROGRESS » : le lieu de résidence (« Place »), l'identité ethnique (« Race »), le statut socio-professionnel (« Occupation »), le genre (« Gender »), la Religion, la scolarité (« Education »), le statut socio-économique (« Socioeconomic status ») et le capital social (« Social capital »).

Agir sur les déterminants sociaux de la santé demande une bonne compréhension des liens entre ces déterminants sociaux et les différentes dimensions de la santé. Ces liens sont complexes (voir la figure). Au risque de la simplification, ils peuvent être résumés par cinq idées : (1) la santé est sociale ; (2) la stratification sociale cause la maladie (ou la santé) ; (3) la maladie, à son tour affecte la stratification sociale ; (4) la réponse aux maladies est socialement organisée ; enfin, (5) le secteur des soins de santé participe de manière complexe et controversée à ces déterminants.

(1) La santé est sociale

La santé est sociale pour deux raisons. L'action sanitaire et l'action sociale sont souvent considérées comme des champs d'action séparés. Cette séparation provient de référentiels de formation différents (respectivement les sciences de la santé et les sciences sociales) mais aussi de sources de financement et de cadres légaux différents. Cependant, les patients ou les citoyens n'ont qu'une seule vie, qui ne se découpe pas selon les décrets de l'action sanitaire ou du travail social. La première préoccupation d'un patient souffrant est le maintien de ses activités et de ses rôles sociaux. L'anthropologue de la santé Arthur Kleinman, expliquait que le patient développe son propre modèle d'explication de la maladie[3] : « Qu'est-ce qui m'arrive ? Pourquoi cela arrive-t-il ? Pourquoi à moi ? Pourquoi maintenant ? Qu'est-ce qui va m'arriver ? Que dois-je faire ? ». La santé est aussi sociale pour une deuxième raison. La première motivation à l'origine d'une consultation médicale réside souvent dans les menaces que les symptômes font peser sur le fonctionnement social de l'individu. Nous sommes d'autant plus prompts à recourir aux soins que les symptômes affectent notre rapport aux autres : se déplacer, travailler, parler, écouter, se concentrer, plaire, faire l'amour, réaliser les actes de la vie quotidienne.

(2) Les déterminants sociaux de la santé

Les ressources socialement valorisées (revenu, scolarité, emploi, prestige,...) affectent directement la santé, via des processus documentés dans la littérature d'épidémiologie sociale. Nous en privilégions trois. Premièrement, elles impliquent un effet direct : un revenu élevé facilite l'acquisition ou l'accès à des moyens pour protéger ou maintenir l'état de santé. Plusieurs travaux expérimentaux ou quasi-expérimentaux montrent en effet une influence directe et positive du revenu sur l'état de santé[4, 5]. Le deuxième processus, dit de précarité relative, suggère que la distribution inégale des ressources socialement valorisées a pour effet de classer les individus les uns par rapport aux autres. A l'instar des groupes de primates, l'accès aux ressources socialement valorisées détermine le rang d'un individu dans un groupe. Ce rang est ensuite associé à un niveau

²La différence absolue de mortalité (soit M1 et M2 pour deux groupes sociaux définis à partir d'un déterminant social) = M1-M2 ; les différences relatives = M1/M2. La différence absolue exprime l'importance des inégalités, les différences relatives expriment plutôt l'ampleur de l'association entre le déterminant social et la mortalité.

d'anxiété sociale, qui s'accompagne d'effets sur le stress, sur l'auto-estime de soi, les cognitions, les comportements de santé ou la capacité à réussir. Dans cette version de « précarité relative » des déterminants sociaux, la hiérarchie sociale distingue les groupes sociaux : au sommet, les individus ont moins de stress, plus de marge de manœuvre pour décider et accomplir leurs objectifs et ils ont une meilleure estime de soi. Une revue de 208 études montre ainsi que les tâches impliquant une menace sur l'évaluation sociale (« ce que les autres pensent de moi ») sont associées à une forte augmentation du cortisol, un marqueur du stress. Cette explication est centrale dans le récent best-seller de Richard Wilkinson et Kate Pickett, « The Inner-level »³ et met l'accent sur le rôle des inégalités nationales de revenu : plus une nation a un revenu inégalement distribué, plus ces effets de dominance sociale sont prononcés.

Enfin, troisièmement, les déterminants sociaux de la santé reposent sur le capital social : dans une communauté, les individus ont une tendance à interagir (amitié, entraide, conseil, ...) avec d'autres individus d'origine sociale similaire, selon un principe d'homophilie. Cela favorise l'ancrage de comportements à risque au sein d'une classe sociale tel que le tabagisme, tout en limitant la diffusion des comportements protecteurs d'une classe sociale à l'autre. Cet effet d'homophilie explique pourquoi, par exemple, le tabagisme est plus fréquent chez les adolescents de milieux sociaux plus modestes [6] ou pourquoi le dépistage du cancer du sein est moins fréquent dans certaines minorités ethniques. Ces effets peuvent être géographiquement ancrés : vivre dans un quartier précarisé ajoute une deuxième peine à la précarité individuelle ainsi que nos travaux l'ont montré à propos de l'influence du milieu de vie sur les différences de santé entre les groupes ethniques en Belgique [7]. Pour réduire ces inégalités liés au milieu de vie, certaines expériences donnent l'occasion à des personnes plus précarisées d'aller habiter dans un autre quartier, avec des effets positifs, y compris dans la réduction du risque de diabète de type II [8].

Ces effets de capital social sont renforcés par l'effet de « signalisation » des comportements de santé : faire du yoga, aller à la salle de fitness, manger bio, ou au contraire « se défoncer à Ibiza » sont des marqueurs de statut social. Leur utilité réside dans leur capacité de distinction sociale.

(3) Le déclin social des malades

Les déterminants de santé s'inscrivent aussi sur le cycle de vie : santé et déterminants sociaux entretiennent des relations dynamiques tout au long de la vie. Les inégalités ne commencent pas à l'âge adulte mais dès la naissance. Un problème de santé survenant à l'adolescence ou au début de l'âge adulte peut freiner la mobilité sociale (orientation ou réussite scolaire, première expérience professionnelle). Chez des personnes adultes souffrant d'un problème de maladie chronique, les problèmes de santé peuvent s'accompagner d'un déclin social : retrait du marché du travail (ou discrimination sur le marché du travail) et retrait de la vie sociale en général. Aider les personnes en souffrance psychiatrique, par exemple, à retrouver une place sur le marché du travail est un levier important dans l'approche de la réhabilitation psychiatrique et vise à atténuer ces effets de déclin social.

³ Traduction française de l'ouvrage : R. Wilkinson, K. Pickett, *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Paris, Broché, 2013.

(4) L'organisation sociale des soins de santé

La réponse aux maladies a été, de tout temps, socialement organisée, depuis le rôle des chamanes dans les sociétés primitives de chasseurs-cueilleurs, jusqu'aux réseaux de santé mentale de nos sociétés modernes en passant par l'Hôtel-Dieu de Beaune au Moyen-âge. Les institutions sociales de la maladie concernent la sécurité sociale, mais aussi la famille ou d'autres collectivités locales. Les enquêtes d'opinion indiquent que les populations sont plus favorables à la solidarité sociale dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines de l'action sociale. Cela est sans doute lié à l'histoire - longue et récente - de l'humanité : les communautés de chasseurs-cueilleurs sont fortement affectées lorsqu'un de leurs membres est blessé et incapable de chasser ce qui affecte non seulement la personne blessée mais toute la tribu. Ainsi, plus récemment, la protection sociale de nos nations s'est fortement développée au sortir de la deuxième guerre mondiale. Nous sommes tous amenés à connaître des épisodes de maladie, plus ou moins indépendants de notre volonté ou de nos efforts

Il est donc très vraisemblable que l'organisation de nos systèmes de santé répond à des enjeux sociaux contemporains évoluant au fil des rapports des forces sociales en présence. Ces enjeux ne sont pas toujours affichés en gros titre dans les discours politiques. Quels sont ces enjeux sociaux contemporains des soins de santé ? Probablement la désinstitutionnalisation, la diversité, et les mécanismes de financement. Abordons les deux brièvement les deux premiers. Le courant contemporain de la désinstitutionnalisation (personne âgée, santé mentale, handicap, ou autour de la naissance) est une réponse sociale aux préoccupations actuelles des soins de santé : maintenir le patient dans sa communauté et ses rôles sociaux, faciliter l'accès aux soins au plus grand nombre, protéger les droits humains, sans doute également contrôler les dépenses de soins santé.

La diversité est un autre enjeu : nos sociétés se sont diversifiées d'un point de vue ethnique, et les besoins de santé ont évolué sous l'effet de l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques, du vieillissement de la population ; et aussi sous l'effet de la croissance du revenu : la consommation de soins est ainsi devenu un bien normal qui fait l'objet de préférences variant d'un individu à l'autre mais aussi d'un groupe social à l'autre. Cette évolution met sous pression notre système d'assurance maladie et les acteurs sanitaires et sociaux qui y sont actifs. Elle modifie fortement le contrat social sous-jacent à notre système d'assurance maladie-invalidité : comment maintenir la solidarité si les préférences de soins de santé, si les objectifs de santé et la disposition à payer sont différentes d'un groupe social à l'autre ?

(5) Le professionnel de la santé est-il bon pour la santé du patient ?

Enfin, les rapports complexes, voire conflictuels entre les acteurs de soins de santé et les patients. Les professionnels de la santé et le patient n'ont pas nécessairement les mêmes préoccupations, et la position privilégiée des premiers peut déboucher sur de la négligence (soins iatrogènes ou inutiles), de la discrimination à l'égard des groupes vulnérables (les femmes et les minorités ethniques en particulier), voire même sur un déplacement des objectifs de soins de santé : pourquoi y a-t-il plus de naissances un jour de semaine qu'un jour de week-end, pourquoi les résidents de maisons de repos reçoivent-ils leur souper à 17h30 le dimanche, pourquoi seulement un quart des professionnels de la santé sont-ils vaccinés contre la grippe ? Ce sont des sujets sensibles mais essentiels dans toute société démocratique. En définitive, les professionnels de la santé représentent une partie importante de la population active (grosso modo 10%) et sont essentiellement financés par les travailleurs et les contribuables. Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour s'assurer que les soins délivrés sont de qualité pour tous et conformes aux droits humains ? L'éthique, la déontologie et les

tribunaux ont certainement un rôle important à jouer. Mais l'expérience de Tuskegee en Alabama⁴ et, plus récemment, le scandale sur l'eau potable de la ville de Flint dans l'Etat du Michigan⁵, nous enseignent que ce n'est pas suffisant pour protéger les patients ou les populations vulnérables. Dans toutes les institutions de soins ou les institutions statuant sur le financement et l'organisation des soins, nous avons besoin d'acteurs et de fonctions susceptibles de protéger le patient, surtout ceux qui sont vulnérables.

Quels rôles pour les travailleurs sociaux dans le champ de la santé ?

Ces rôles découlent des points abordés : le travailleur social peut soutenir le plaidoyer pour de moins grandes inégalités de santé ; le travailleur social peut soutenir la réhabilitation sociale; le travailleur social peut faciliter la coordination ; le travailleur social peut soutenir le réseau social du patient. Cette liste n'est, bien sûr, pas exhaustive.

Avant d'en préciser les contours, rappelons un principe clé très important : tout d'abord, ne pas nuire ! La difficulté d'agir, pour un travailleur social dans le secteur de la santé, c'est d'abord de ne pas nuire au patient et de se garder d'usurper son rôle. Prenons un exemple. L'aide médicale urgente pour les personnes ne bénéficiant pas de l'assurance-maladie invalidité a fait l'objet d'une évaluation (rapport KCE n°257), rédigée avec l'aide de l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS). Ce rapport indique que les CPAS interfèrent parfois de manière indue, avec les décisions thérapeutiques des professionnels de la santé, que les enquêtes sociales sont très variables d'un CPAS à l'autre, que les patients sont soumis dans certains CPAS, à des procédures administratives longues et lourdes, et qu'il arrive que les travailleurs se comportent parfois de manière inhumaine voire discriminatoire avec des patients en souffrance.

Le travailleur social peut soutenir le plaidoyer pour la réduction des inégalités de santé. Ce plaidoyer ne doit pas se limiter aux soins de santé et, de fait, les travailleurs sociaux sont actifs dans de nombreuses sphères de la vie sociale : éducation, petite-enfance, entreprise, action sociale, santé, personnes âgées. Ainsi que l'illustre la figure 1, il doit concerner tous les niveaux de l'action publique, et le travailleur social peut aider à créer une cohérence dans l'action publique afin de réduire ces inégalités. Le travailleur social peut aussi contribuer à la création d'une coalition d'acteurs agissant de manière cohérente pour la réduction des inégalités de santé.

L'approche de la réhabilitation sociale a pris pied dans le champ de la santé, en particulier dans celui de la santé mentale, des assuétudes et du handicap. Les patients souffrant de maladies psychiatriques chroniques et sévères veulent travailler, vivre dans un logement autonome, avoir des amis, avoir un partenaire, et donner un sens à leur vie. En partenariat avec le travail clinique, il est donc important d'aider ces patients psychiatriques à réaliser leurs objectifs de participation et d'intégration sociale. De nouvelles interventions efficaces existent, telles que l'IPS (Individual Placement and Support) qui vise à faciliter l'accès de ces patients psychiatriques à l'emploi ordinaire, ou Housing First qui ouvre l'accès à un logement indépendant. Ces initiatives, d'inspiration anglo-saxonne, existent chez nous (par exemple Socrate Réhabilitation à Charleroi) ; mais elles restent

⁴ Essai clinique avalisé par un comité d'éthique et qui a suivi des travailleurs saisonniers noirs affectés de syphilis jusqu'à leur décès afin d'étudier la phase terminale de la syphilis⁹. Freimuth, V.S., et al., *African Americans' views on research and the Tuskegee Syphilis study*. Social Science and Medicine, 2001. 52(5): p. 797-808..

⁵ En avril 2014, devant les grosses difficultés financières de la ville de Flint, Michigan, un bourgmestre décide de puiser l'eau potable de la ville dans la rivière Flint, super polluée, au lieu du lac Huron, afin de faire des économies. Cette décision entraîna des conséquences sanitaires considérables et durables pour la population, en particulier pour les enfants et la population noire de la ville. The Poisoned City : Flint's Water and the American Urban Tragedy, Ana Clark, Metropolitan Book 2018.

limitées et leur accueil par les professionnels reste très tiède. Le travailleur social pourrait y jouer un rôle clé.

Un autre exemple est celui de la préparation des projets de sortie à la suite d'une hospitalisation de longue durée. En pratique, ces projets sont souvent le monopole des assistants sociaux des hôpitaux car ce sont eux qui ont les informations ou, peut-être aussi, parce que les soignants ne souhaitent pas être impliqués dans ce travail. La charge de travail qui incombe aux AS peut alors être considérable en fonction du nombre de dossiers à gérer. Cependant, la réhabilitation sociale repose sur un savoir sophistiqué et des procédures bien établies (le master en santé publique de l'UCL, par exemple, a un cours complet consacré à ce sujet⁶). Le travailleur social pourrait avoir un rôle essentiel à jouer en la matière, mais il conviendrait de le former à la démarche de la réhabilitation sociale.

La coordination. La Belgique dispose d'un système de santé performant mais il est complexe et la multiplication des niveaux de pouvoir et des acteurs institutionnels n'aident pas toujours les patients vulnérables à naviguer dans ce dédale institutionnel : c'est encore souvent le patient qui doit transférer les informations d'un professionnel à l'autre, qui doit lui-même coordonner les prestataires, qui doit faire remonter les formulaires des professionnels vers sa mutuelle ou vers toute autre administration – ce qu'il n'est pas toujours en mesure de faire de par son état de santé ou simplement de sa connaissance des complexités du système. Les patients jeunes, scolarisés et de nationalité belge auront moins de problèmes à garder le cap. Mais quid des patients vulnérables ? Notre système de santé est conçu pour faciliter la vie des professionnels de la santé, pas celle des patients. Dans ce contexte, le travailleur social pourrait jouer un rôle plus important dans des fonctions de coordination, de case-management ou de gestion de cas, à condition de prendre en compte le point de vue du patient, de pouvoir travailler dans une perspective multidisciplinaire et de pouvoir sortir du carcan institutionnel de son pouvoir organisateur⁷.

Support au réseau du patient.

Les patients chroniques ne peuvent rester dans la communauté que s'ils disposent d'un support social non-professionnel. Or, en ce qui concerne les patients psychiatriques chroniques, nos travaux à l'IRSS montrent que 60% du support social de ces patients est de nature professionnelle, ce qui rend leur réseau très vulnérable. Le travailleur social pourrait donc jouer un rôle dans ce domaine : d'abord en décrivant le réseau de support social du patient de manière à identifier ses points forts et ses points faibles, à l'aide d'outils comme celui de Morpheus développé à l'IRSS[10]. Ensuite, le travailleur social peut assurer une certaine continuité entre les professionnels et les aidants naturels. Enfin, le travailleur social pourrait aider le patient à diversifier ou développer son réseau social.

Conclusion

En conclusion, le champ des déterminants de la santé offre de nombreuses occasions aux travailleurs sociaux pour déployer leurs compétences. Ils sont trop souvent cantonnés dans un rôle périphérique et leurs compétences sont sous-utilisées : tâches administratives, gestion transport, règlement de facture. Ils devraient être plus systématiquement inscrits dans les institutions/équipes et projets de

⁶ Voir les détails sur <https://uclouvain.be/cours-2018-WFSP2282.html>

⁷ Voir par exemple l'option coordination et réseau du master en santé publique <https://uclouvain.be/prog-2018-esp2m-wesp210o>

soins. Cela passe sans doute par un renforcement de leur formation dans le domaine de la santé, par exemple dans le champ de réhabilitation. Le master en santé publique de l'UCL, par exemple, accueille régulièrement des travailleurs sociaux et offrent des perspectives intéressantes en lien avec la coordination de soins. Cela plaide cependant également pour une reconnaissance plus explicite de la dimension sociale de la santé dans toutes les formations de santé.

Mis en forme : Gauche

Figure

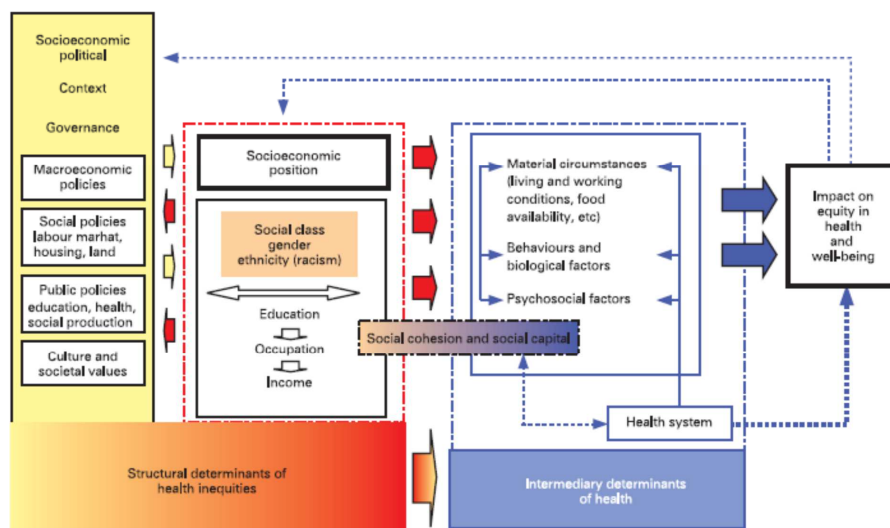


Figure 1. Modèle des déterminants sociaux des inégalités de santé, Commission OMS pour les déterminants sociaux, 2007.

Références bibliographiques

[11-16]

1. Lorant, V., et al., *Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap*. Br J Psychiatry, 2018. **212**(6): p. 356-361.
2. Mackenbach, J.P., et al., *Trends in health inequalities in 27 European countries*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2018. **115**(25): p. 6440-6445.
3. Helman, C., *Culture, health, and illness an introduction for health professionals*. Vol. 4th ed. 2001, London: Arnold.

4. Lindahl, M., *Estimating the effect of income on health and mortality using lottery prizes as an exogenous source of variation in income*. Journal of Human Resources, 2005. **40**(1): p. 144-168.
5. Frijters, P., J.P. Haisken-DeNew, and M.A. Shields, *The causal effect of income on health: Evidence from German reunification*. Journal of Health Economics, 2005. **24**(5): p. 997-1017.
6. Lorant, V., et al., *Social network and inequalities in smoking amongst school-aged adolescents in six European countries*. Int J Public Health, 2016.
7. Lorant, V., H. Van Oyen, and I. Thomas, *Contextual factors and immigrants' health status: Double jeopardy*. Health & Place, 2008. **14**(4): p. 678-692.
8. Ludwig, J., et al., *Neighborhoods, obesity, and diabetes--a randomized social experiment*. N.Engl.J.Med., 2011. **365**(16): p. 1509-1519.
9. Freimuth, V.S., et al., *African Americans' views on research and the Tuskegee Syphilis study*. Social Science and Medicine, 2001. **52**(5): p. 797-808.
10. Wyngaerden, F., et al., *Social support network and continuity of care : an ego-network study of psychiatric service users*. . Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2018. **forthcoming**.
11. Wilkinson, R.G. and K.E. Pickett, *Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence*. Social Science and Medicine, 2006. **62**(7): p. 1768-1784.
12. Wilkinson, R.G.a. and K.a. Pickett, *The inner level : how more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everybody's wellbeing*.
13. Berkman, L.F. and I. Kawachi, *Social epidemiology*. 2000, New York: Oxford University Press.
14. Van Oyen, H., et al., *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. 2010: Gent.
15. Wilkinson, R.G. and K. Pickett, *The spirit level : why equality is better for everyone*. New [ed.]. ed. 2010, London: Penguin.
16. Shaw, M., et al., *The handbook of inequality and socioeconomic position*. Health and society series. 2007, Bristol: Policy.