



HAL
open science

Education et promotion de la Santé: enjeux et perspectives dans la réduction des Inégalités Sociales de Santé (ISS)

Eric Le Grand

► To cite this version:

Eric Le Grand. Education et promotion de la Santé: enjeux et perspectives dans la réduction des Inégalités Sociales de Santé (ISS). Expressions, 2013, Actes des 2ndes journées de rencontre: "Inégalités sociales, santé, éducation", 37, pp.1-8. hal-02388578

HAL Id: hal-02388578

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02388578>

Submitted on 2 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

EDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ : ENJEUX ET PERSPECTIVES DANS LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS)

Eric LE GRAND

Sociologue

Consultant en promotion de la santé, Rennes

Résumé. - Les inégalités sociales de santé sont le fruit « *d'une injustice sociale qui tue à grande échelle* », les réduire est un impératif éthique. Tel était le leitmotiv du rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux en décembre 2008.

Les ISS se construisent en lien avec le degré de cohésion sociale et de l'organisation de la société. Ainsi d'une question de « santé », la présence et les effets des ISS deviennent avant tout une question « sociale ». Leur réduction ne peut se cantonner aux seules politiques et aux seuls acteurs de santé, mais doit aussi interpeller et mobiliser l'ensemble du corps social (institutions, associations, structures éducatives, sociales, culturelles,...). Tout en se référant aux stratégies développées et connaissances acquises, les places de l'éducation, de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé seront réinterrogées dans le domaine de la réduction des ISS.

Mots-clés : - inégalités sociales de santé - éducation - promotion de la santé.

Abstract. - Social inequalities in health are the result of "a social injustice that kills at a large scale" - reducing them is an ethical necessity. This was the leitmotiv of the WHO report on social determinants in 2008.

Social inequalities in health are linked with the degree of social cohesion and with social organisation. As a consequence, social inequalities in health will transform a health issue into a social issue. Their reduction cannot be confided to health actors and policies; it also has to mobilise the whole range of social actors (institutions, NGOs, educative, social and cultural structures,...). Referring to developed strategies and mobilised knowledge, the role of education, of health education and of health promotion will be used in the field of the reduction of social inequalities in health.

Keywords : - social inequalities in health - education - health promotion - .

Introduction : les ISS : une question avant tout sociale

Les inégalités sociales de santé sont le fruit « *d'une injustice sociale qui tue à grande échelle* », les réduire est un impératif éthique. Tel était le leitmotiv du rapport de l'OMS portant sur les déterminants sociaux en décembre 2008.

En effet, les connaissances sur les déterminants sociaux des inégalités de santé (**I.S.S.**) démontrent que celles-ci dépendent amplement du degré de cohésion sociale et concernent l'ensemble des politiques publiques, en dehors du seul champ de la santé.

Réduire les inégalités sociales de santé est sans doute le défi le plus important que la santé publique doit relever. Les sociétés occidentales et la société française en particulier présentent des structurations sociales fortement hiérarchisées, à l'origine d'inégalités sociales de santé tout aussi marquées. Ces inégalités s'expriment par des différences d'état de santé entre les groupes sociaux et traversent l'ensemble de la population française.

Leur existence et leur persistance posent la question de **la justice sociale**. Les déterminants de ces inégalités sont à identifier et à déchiffrer dans les rapports existants entre les inégalités sociales et l'état de santé au travers des désavantages liés directement à l'appartenance sociale (*par exemple : en utilisant le terme de place, qui fait écho à la valorisation : quelle place fait-on aux femmes aujourd'hui, aux jeunes, aux ouvriers, comment se sentent-ils perçus ?*) et aussi indirectement dans la mesure où ils transitent par des médiations en rapport avec cette appartenance.

De même, s'il existe des inégalités de revenus, des inégalités scolaires, des inégalités dans le domaine du logement, des inégalités d'état de santé..., celles-ci font système. Elles ne sont pas des objets distincts, isolés. Elles entretiennent des liens complexes où chacune d'entre elles est reliée à plusieurs autres. Ces liens ne sont cependant pas constants, ils se construisent dans la durée et c'est bien parce que ces inégalités sont reliées entre elles dans la durée qu'elles se transmettent à l'intérieur des familles et des groupes sociaux.

1. La caractéristique des inégalités sociales de santé : le Gradient social

Les épidémiologistes ont pu objectiver le lien entre l'état de santé d'une personne et sa position sociale ainsi que les écarts existants pour l'ensemble de la hiérarchie sociale. Les ISS suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. Une étude d'E. Cambois, portant sur les trajectoires professionnelles a bien montré l'impact des changements de situation professionnelle sur l'état de santé, qu'ils soient ascendants ou descendants. Les hommes ayant connu un déclassement professionnel ont une surmortalité importante par rapport à ceux qui ont conservé leur statut professionnel. A l'inverse, ceux ayant connu une « ascension professionnelle » ont vu leur état de santé s'améliorer par rapport aux personnes de leur catégorie d'origine. Ces constats vont dans le sens d'un effet cumulatif des déterminants sociaux et économiques.

Pour autant, les inégalités sociales de santé ne peuvent être assimilées aux questions complexes de la pauvreté. Si dans les deux cas, il s'agit bien de traiter d'un ordre social hiérarchisé que notre perception estime à juste titre comme injuste, ces deux éléments ne relèvent pas du même enjeu. En effet, la pauvreté, l'exclusion renvoie pour les populations concernées à une situation donnée, à une catégorie certes hétérogène et mouvante, alors que les ISS caractérisent plus un état structurel (la hiérarchie des groupes) et un fait relationnel (le rapport entre ces groupes). De même, la lutte contre l'exclusion renvoie sous une certaine forme idéologique à agir pour protéger les plus faibles, alors que pour lutter contre les ISS, certains pays comme le Québec notamment s'orienteront plutôt vers des actions de redistribution des richesses ou encore de correction de discrimination systémique. Par exemple, la loi sur l'équité salariale, adoptée au Québec en 1996 doit corriger les écarts de salaire dus à la discrimination liée au sexe, ayant des effets par la suite sur la santé des populations.

De même, la lutte contre les ISS ne peut se limiter à une « simple action » sur les comportements individuels de santé. Ainsi, aussi troublant que cela puisse paraître, les comportements individuels ne sont pas le facteur qui prédomine pour expliquer les inégalités constatées. Le recours à cette seule explication a été remis en cause par de nombreuses recherches. En effet, si toute la population aujourd'hui se mettait à ne plus fumer, à ne plus boire, et à « bien manger », ces inégalités sociales de santé persisteraient.

2. Place de l'éducation

P. Aiach, T. Lang et K. Frohlich montrent que la construction des I.S.S se fait tout au long de la vie, soit par l'accumulation d'avantages et de désavantages - sociaux, économiques, culturels...- , soit par des processus d'enchaînements et d'accumulations - phénomène de rupture, problématique de santé,- , ou par une distribution inégalitaire de capital social au sens Bourdieusien du terme, dans lequel le capital santé prend aussi toute son importance. Afin de limiter l'impact de ces processus, s'il apparaît nécessaire non seulement d'agir d'une manière macrosociale sur les questions de redistribution des richesses, d'amélioration des revenus et des conditions de vie, d'égalité homme/femme, il est aussi important de renforcer le rôle de l'éducation et de l'éducation pour la santé comme levier d'émancipation individuelle et collective des populations.

Les recherches montrent cependant la nécessité de dépasser une approche restrictive d'une éducation basée sur une simple transmission et acquisition de connaissances, pour y inclure comme finalité et objectif des processus permettant le développement du savoir-être, du savoir-faire et du « pouvoir d'agir ».

Ces différents éléments qui doivent être inhérents à toute action éducative rejoignent les théories d'Amartya Sen sur le développement des « capacités ». Ainsi, le développement des capacités d'expression, les aptitudes à accéder aux droits, aux savoirs, aux savoir-être et aux savoir-faire permettent de limiter l'accentuation des inégalités sociales. Au travers de ces capacités, A. Sen repose notamment la question d'une éducation pour tous, dans une perspective d'émancipation de l'individu lui permettant ainsi de renforcer son « pouvoir d'agir », ce que nous pourrions appeler de l'empowerment. Ainsi, cette « mission de l'éducation » se réfère aussi à celle de l'éducation populaire :

*« L'éducation populaire (autonome), c'est l'ensemble des démarches d'apprentissage et de réflexions critiques par lesquelles des citoyens et citoyennes mènent collectivement des actions qui amènent à une prise de conscience individuelle et collective au sujet de leurs conditions de vie ou de travail, et qui visent à moyen ou long terme, une transformation sociale, économique, culturelle et politique de leur milieu ». **Mouvement d'éducation populaire et d'action communautaire du Québec.***

Cette attention portée à ces processus éducatifs trouve son écho aussi dans les actions d'éducation pour la santé, au travers du développement des compétences psychosociales, du renforcement de l'estime de soi et des capacités à agir sur son environnement.

Si cette définition de l'éducation et de l'éducation pour la santé permet de se décentrer de l'école et d'englober d'autres lieux possibles comme les centres de loisirs, les maisons de quartier, les missions locales, les associations..., elle doit aussi être pensée de manière transversale entre les différents acteurs (du social, de l'éducatif, de l'insertion,...).

Ainsi, les stratégies de lutte contre les inégalités sociales de santé montrent toute l'importance d'une éducation et d'une formation tout au long de la vie, permettant notamment le développement de l'estime de soi et de l'empowerment. Cependant, ces stratégies montrent aussi la nécessité de renforcer les réseaux, les associations et les actions communautaires dans lesquels les individus trouveraient soutien social et entraide. Cette présence d'associations, de réseaux et d'actions sur un territoire permettent d'accroître chez l'individu un sentiment de sécurité et de valorisation (que nous pourrions traduire par « on s'intéresse à ma situation, mon quartier est bien perçu »). De même sa participation effective permet non seulement de renforcer le lien social mais n'est pas sans incidence sur sa capacité à agir sur son environnement. Cet aspect peut aussi interroger d'autres politiques publiques – que celles de la santé – ; nous pourrions évoquer ici les politiques liées à la citoyenneté, à la vie associative ou bien à la politique de la ville.

Conclusion : inégalités sociales de santé et promotion de la santé

Si l'éducation et l'éducation pour la santé peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, elles ne pourront cependant pas, sans un véritable changement d'organisation sociale, renverser la tendance observée d'une aggravation des inégalités. Ce point pose intrinsèquement la question « politique » de notre engagement dans leur réduction, et rejoint ainsi les dynamiques définies par la promotion de la santé dans la charte d'Ottawa. Celles-ci s'inscrivent avant tout dans une perspective sociétale, en réaffirmant les préalables à la santé : la paix, un abri, la nourriture et un revenu ; en proposant une approche multisectorielle, une participation accrue des populations à l'élaboration des politiques qui les concernent, le développement d'environnements sains... La mise en œuvre effective d'une véritable politique de promotion de la santé en France peut être un atout dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, sans être réduit comme elle est à ce jour, à une simple lutte contre les « mauvais comportements individuels de santé ».

Bibliographie

AIACH Pierre (2004), Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. Dossiers inégalités sociales de santé. *Revue Santé, Société, Solidarité*, pages 39-49.

CAMBOIS Emmanuelle, LABORDE Caroline (2008). Inégalités sociales face à la mort : quelles sont les relations entre les itinéraires professionnels et la mortalité ? Ined, Atelier 5 : Restitution des projets de recherche sur les inégalités de santé , journées prévention INPES 2008.

FROHLICH Katherine (2008), Rôle du contexte local. La production des ISS : Concevoir la notion de place comme un espace relationnel. Session 2 : Stratégies d'action pour lutter contre les ISS, Journées prévention INPES 2008.

LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry (dir) (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Editions La découverte, 448 pages.

SEN Amartya (2010), *L'idée de justice*. Paris, Flammarion, 558 pages.