Les déterminants socioculturels nous concernent tous!

Who will be the agents to bring the attention of policy makers for … action on the determinants of health? Why not the medical profession? [1]*

Hans Stalder

Il y a 40 ans que les études de Whitehall ont démontré que les déterminants sociaux influencent autant, voir plus, la mortalité que tous les autres facteurs de risque confondus [2]. Presqu'en même temps, la déclaration de l'OMS de Alma-Ata a spécifiquement inclus le bien-être social à côté du somatique et du mental dans sa définition de la santé. Les observations anglaises ont été confirmées dans le monde entier [3]: plus la fourchette socio-économique et/ou éducative s'écarte (et c'est de plus en plus le cas), plus grandes sont les différences de l'état de santé entre les mieux et les moins bien lotis. Ces derniers sont désavantagés dans pratiquement tous les domaines de la médecine: plus de cancers, plus de maladies vasculaires, plus d'Alzheimer etc., et ils meurent plusieurs années plus tôt. Bien sûr, les moins avantagés cumulent davantage de facteurs de risque classiques, mais d'une part les facteurs sociaux sont souvent à la base de ceux-ci – la cause de la cause –, tel que l'alcoolisme ou le tabagisme, et d'autre part pour expliquer environ 40% des différences, il ne reste que des facteurs socioculturels. Pour le moment on ignore la pathogénèse. Il semble que ce soit des facteurs psychosociaux – stress, façon de surmonter les tensions, contrôle sur sa vie, empowerment – qui agiraient via des systèmes neurohumoraux [3].

Ces différences sont décrites également en Suisse. Le risque de mourir avant 65 ans entre travailleurs manuels et intellectuels est un quart plus grand (20% contre 15%) ou autrement exprimé, pour un an d'éducation complémentaire 8% d'espérance de vie peut être gagné [4].

Il faut souligner que ces différences sont graduelles: les plus pauvres ont davantage de risque que les moins pauvres et les plus haut situés ont moins que ceux en-dessous. La disposition pour la santé n'est donc pas seulement à deux, mais à plusieurs vitesses. Ce n'est pas une raison d'accepter plusieurs vitesses pour le système de santé!

L'OMS et différents pays, tels que l'Angleterre et la Suède ont proposé, voire entrepris des actions afin de diminuer ces différences [5]. La plupart seront non médicales: faciliter les conditions de la vie et du travail, soutenir l'éducation des enfants de familles défavorisées, diminuer les disparités sociales par une politique des impôts équitables, et enfin mesurer les influences sociales sur la santé par une recherche adaptée.

Chez nous, de telles approches ont également été proposées [6], mais n'ont trouvé guère d'écho, même si leur effet potentiel auraient été bien plus grand que d'autres actions, telles que le dépistage et le traitement de facteurs de risque. C'est qu'en Suisse le secteur de santé est politiquement et académiquement strictement séparé du social. Et une véritable promotion de santé ne peut se faire en vase clos.

Même si l'accès au système de santé pour tous ne semble pas être l'aspect le plus important, la politique ne devrait pas la rendre plus difficile. Or, c'est de plus en plus le cas chez nous: la participation privée au frais de la santé est la plus haute de tous les pays de l'OECD; le système de franchise favorise les plus sains et les plus riches, par ailleurs convoités par les caisses; l'introduction des forfaits hospitaliers et les efforts de décourager les soins aux urgences risquent de défavoriser les personnes avec peu de ressources, car l'hôpital est pour eux souvent le seul endroit pour obtenir des soins. Heureusement que la proposition d'une taxe de consultation a été repoussée par le parlement, mais comment l'OFSP a même pu y penser?

Et nous médecins là-dedans? Avons-nous pensé d'entreprendre davantage d'actions préventives chez les personnes défavorisées (au lieu de faire des check-up chez ceux qui n'ont pas besoin …), puisqu'il est bien connu, que, plus grand le risque plus efficace est une action préventive? Or, les facteurs de risque sociaux ne se trouvent pas dans nos calculettes et les facultés des sciences sociales et de médecine ne nous ont pas enseigné une anamnèse sociale [7]. Ne devraient-elles pas aussi collaborer en recherche afin de mieux connaître les implications des facteurs sociaux pour la santé? Enfin, chacun de nous peut s'impliquer au niveau politique, communal, cantonal ou fédéral, pour soutenir les actions qui diminuent le gradient socioculturel et empêcher celles qui pourraient l'augmenter.

Oui, les gradients socioculturels nous concernent tous!

Hans Stalder **

* Vous trouverez la littérature sur Internet sous www.bullmed.ch → archives 2009 → 45.

** Prof. Dr Hans Stalder, médecin spécialiste interne FMH, membre de la rédaction, était médecin-chef de la policlinique de médecine et du Département de Médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève.

hans.stalder@saez.ch

Références

1 Marmot MG. Status syndrome: a challenge to medicine. JAMA. 2006;295(11):1304–7.

2 Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. J Epidemiol Community Health. 1978;32(4):244–9.

3 Hemingway H, Shipley M, Brunner E, Britton A, Malik M, Marmot M. Does autonomic function link social position to coronary risk? The Whitehall II study. Circulation. 2005;111(23):3071–7.

4 Bopp M, Minder CE. Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990–1997: results from the Swiss National Cohort. Int J Epidemiol. 2003;32(3):346–54.

5 Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social. Determinants of Health. Geneva : World Health Organization; 2008.

6 Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé. OFSP ; 2005.

7 Wolff H, Stalder H, Morabia A. De la recherche à la pratique: la place de l'anamnèse sociale en médecine de premier recours. Med Hyg. 2004;62:1837–9.