

BALADO « Décrypter les inégalités sociales » # 1 - Les inégalités sociales de santé, avec Estelle Carde

Entretien avec **Estelle Carde**, professeure agrégée au département de sociologie à l'Université de Montréal et co-porteuse du champ Inégalités sociales et santé au CREMIS.

Cet entretien a été réalisé au printemps 2020 dans le cadre de l'émission balado du CREMIS intitulée « **Décrypter les inégalités sociales** ». Estelle Carde y présente des concepts permettant de mieux comprendre les inégalités sociales de santé.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter le site du CREMIS au www.cremis.ca.

1. Mais avant tout Estelle, pouvez-vous nous raconter votre parcours et comment vous avez été amenée à vous intéresser aux inégalités sociales de santé?

J'ai commencé par étudier la médecine. À la fin de la sixième année de ces études, j'ai pris une année sabbatique pour voyager. De fil en aiguille, j'en ai pris six, pendant lesquelles j'ai continué à voyager, mais j'ai aussi suivi des études en anthropologie. J'étais très intéressée, en anthropologie, par la façon dont la culture, c'est-à-dire la façon de comprendre le monde dans lequel on vit, joue sur l'interprétation des malheurs car parmi ces malheurs, il y a ce que nous, Occidentaux, qualifions de maladies. Ainsi, selon sa culture, une personne interprétera les mêmes symptômes – par exemple un mal de tête ou de la fièvre – comme la manifestation d'un microbe, d'un acte de sorcellerie, de la colère d'un ancêtre, d'une punition divine ou encore simplement de la malchance. Et selon cette interprétation, elle pourra avoir recours à différentes personnes, dépositaires de savoirs et/ou de pouvoirs différents et dont elle attendra l'exercice de compétences fort variées : un

médecin, un prêtre, un sorcier, un guérisseur, un shaman, etc.

Quand je suis revenue en médecine, j'ai fait un résidanat en santé publique au cours duquel je me suis inscrite en doctorat de sciences sociales avec le projet, au départ, de poursuivre ma réflexion sur ces façons différentes de vivre la santé et la maladie selon les cultures. Souhaitant mener cette recherche en France, j'avais l'intention d'étudier les variations culturelles dans les soins des immigrants. Mon directeur m'a suggéré de garder certains de ces mots-clés mais surtout de leur en ajouter un autre, celui de « discrimination » – un ajout qui a tout changé ! Problématiser ma recherche autour de l'enjeu des discriminations m'a en effet amenée à travailler sur les soins différents des immigrants, mais des différences qui leur sont imposées parce qu'ils sont victimes de préjugés, et non plus des différences qu'ils souhaitent du fait de leurs représentations de la santé. Ces différences dans les soins qu'ils reçoivent sont donc des inégalités... voilà comment l'enjeu des discriminations m'a conduite sur le terrain des inégalités.

2. Qu'entend-on par inégalités sociales de santé?

Une inégalité sociale est une différence d'accès à des ressources entre deux groupes sociaux qui entretiennent un rapport de pouvoir, c'est-à-dire qu'ils sont hiérarchisés dans une position de dominant/ dominé.

Les ressources. Ce sont par exemple des revenus, un logement, un diplôme, mais ce peut être aussi des ressources plus difficiles à compter, comme une bonne qualité de vie ou la possibilité de donner son avis et d'être écouté. Quand la ressource est la santé, on parle d'inégalités sociales de santé.

La hiérarchie sociale. La position qu'une personne occupe dans une hiérarchie sociale lui donne plus ou moins de pouvoir. J'ai parlé précédemment de la hiérarchie selon l'origine (où les immigrants sont dans une position minoritaire par rapport aux non immigrants). Il y en a de nombreuses autres : selon le statut socio-économique, le genre, l'origine raciale ou ethnique, la religion, le quartier de résidence, l'âge, le fait d'être ou pas porteur d'un handicap et l'orientation sexuelle, notamment.

Un piège, à propos des inégalités sociales de santé, c'est de ne pas les voir. Il y a deux cas de figure.

Une différence de santé entre deux groupes peut être vue comme la conséquence de différences biologiques naturelles entre ces deux groupes, alors qu'elle résulte en réalité de rapports de pouvoir. Par exemple, beaucoup d'études, aux États-Unis, cherchent les différences génétiques qui pourraient expliquer le fait que les Noirs sont en moins bonne santé que les Blancs... alors qu'on peut plutôt voir ces différences comme des inégalités sociales de santé,

c'est-à-dire comme le résultat de l'oppression des Noirs par les Blancs à travers toute une série de discriminations qui finissent par affecter la santé des Noirs. Le second cas de figure est d'attribuer non pas à la nature mais à la culture une différence de santé qui est en réalité une inégalité sociale. C'est par exemple penser que si, en France, des enfants d'immigrants africains sont, plus que d'autres, victimes de saturnisme infantile, c'est en raison de leur culture¹. On accuse par exemple leur culture de banaliser l'ingestion de terre, ce qui s'avérerait dangereux quand des poussières de peinture au plomb jonchent le sol. En fait, la fréquence élevée de la maladie chez ces enfants traduit plutôt une inégalité économique (ces familles vivent dans des logements si délabrés que les peintures au plomb dont ils sont couverts font des poussières qui imprègnent l'air ambiant) mais aussi raciale (la raison pour laquelle ces familles vivent dans ces taudis est qu'elles sont victimes de discriminations raciales dans leur accès à des revenus et aux logements, notamment).

Un exemple qui illustre à la fois ces deux cas de figure est la forte prévalence du diabète chez les Autochtones, au Canada. On entend ci et là des hypothèses sur leurs spécificités génétiques (les Autochtones seraient porteurs de gènes les prédisposant au diabète) et/ou culturelles (l'abandon de la chasse et de la pêche aurait conduit à une substitution du mode alimentaire traditionnel par un autre, déséquilibré nutritionnellement et donc diabéto-gène). On peut bien sûr discuter de ces hypothèses mais on ne peut en ignorer une troisième, celle de la minorisation sociale des Autochtones, historique et contemporaine,

¹ Je fais ici référence à une étude en particulier : Naudé Anne-Jeanne (2000) « Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration », *Hommes & Migrations*, 1225 p. 13-22

qui se traduit par leurs faibles revenus, leur accès difficile à une alimentation de qualité, leur stress considérable, autant de facteurs suffisants pour expliquer une explosion de diabète, avec ou sans gênes ou culture prédisposant.

3. Comment se crée ce type d'inégalité? Comment peut-on expliquer le passage du social au biologique?

Beaucoup est écrit à ce sujet, avec des perspectives variées - sciences sociales, santé publique, épidémiologie, biologie, génétique, notamment. Personnellement, je retiens trois principales explications, qui sont complémentaires et dont le mérite, à toutes les trois, est de couvrir un large éventail de processus.

La première, assez intuitive, est celle des **comportements à risque pour la santé** tels que la consommation de tabac, d'alcool ou de drogue, le manque d'exercice physique ou une alimentation trop sucrée et trop grasse. Ces comportements sont, en moyenne, plus fréquents à mesure qu'on descend dans les hiérarchies sociales, en particulier celle des revenus (plus on est pauvre et plus on adopte ces comportements). Plusieurs explications à cela.

On pense bien sûr aux contraintes qu'un budget serré impose sur nos comportements. On choisit par exemple un paquet de croustilles plutôt qu'un (petit) sac de pommes car, pour le même prix, on a l'impression d'être mieux rassasié. Les quartiers plus pauvres sont souvent moins verts, plus pollués et peu sécuritaires (ou simplement ne semblent pas l'être) et invitent donc moins à prendre une marche en bas de chez soi.

Mais le manque d'argent ne peut être mis sur le compte de tous les comportements à risque, dont certains sont même onéreux (acheter du tabac, de l'alcool ou de la drogue pèse lourd sur un petit budget). Il faut donc envisager d'autres pistes. L'une est celle du stress chronique que vivent beaucoup de personnes minorisées : quelle que soit la hiérarchie – économique raciale, genrée ou sexuelle, notamment –, se savoir en position minoritaire induit un sentiment de vulnérabilité face aux événements pénibles, voire à une société perçue comme hostile. Ce stress peut être soulagé temporairement par des « plaisirs de compensation » qui pour la plupart passent par l'un de ces comportements à risque pour la santé : allumer une cigarette, se servir un verre d'alcool, ouvrir un sac de bonbons, par exemple. On peut rapprocher de ces plaisirs de compensation le fatalisme d'individus qui, se sentant dominés et par conséquent exposés à divers risques sur lesquels ils n'ont aucune prise, minimisent la portée des risques associés à leurs comportements sur une destinée qu'ils estiment déjà compromise.

Une autre piste est le déficit d'éducation. Les personnes plus défavorisées, notamment du point de vue de leurs revenus, sont aussi, en moyenne, moins éduquées. De ce fait, elles connaîtraient moins le danger de certains comportements. Mais cette explication est limitée car il semble qu'aujourd'hui tout le monde sait bien, par exemple, que le tabac n'est pas bon pour la santé. En fait, si l'éducation joue, c'est peut-être plutôt parce qu'elle aide à savoir identifier les gestes à poser pour éviter les risques (par exemple, s'obstiner à lire une étiquette nutritionnelle en dépit d'un affichage « santé » souvent trompeur), voire trouver la motivation à cela. Enfin, il ne faut pas sous-estimer les effets du quartier de résidence et des réseaux (famille,

amis, voisins) qui peuvent banaliser et faciliter certains comportements qui seraient plus découragés ailleurs, dans d'autres quartiers ou dans d'autres réseaux moins défavorisés.

Ceci dit, les études montrent qu'à comportements équivalents, les plus défavorisés restent plus malades que les plus favorisés. Les comportements n'expliquent donc qu'une partie des inégalités sociales de santé. Venons-en aux deux autres explications.

La deuxième est elle aussi très intuitive : plus on descend dans la hiérarchie des revenus et moins on dispose des ressources matérielles nécessaires pour éviter des **conditions de vie** délétères pour la santé. On peut prendre l'exemple du logement. Mal chauffé l'hiver, trop chaud l'été, humide, exigü, bruyant, situé dans un quartier pollué et violent : autant de caractéristiques d'un logement souvent moins cher mais qui affectent négativement la santé. Cependant, la hiérarchie des revenus n'est pas seule en cause. Être dominé au sein, par exemple, des hiérarchies genrées ou raciales signifie être exposé à des discriminations susceptibles d'entraver l'accès à diverses ressources, ce qui finit par dégrader les conditions de vie matérielles, parfois sans nécessairement passer par une diminution des revenus. Par exemple, plus on est discriminé dans son accès au marché du travail et plus on est à risque de devoir se contenter d'une activité physiquement pénible, qui expose à des produits toxiques, du bruit, des chutes, réalisée sur des horaires variables, y compris nocturnes, autant de caractéristiques indéniablement préjudiciables à la santé.

Enfin, la troisième et dernière explication est dite **psycho-socio-biologique**. Elle met au jour le processus par lequel un statut social

défavorisé (le niveau « socio ») affaiblit l'estime de soi (le niveau « psycho »), ce qui prédispose l'individu à avoir des réactions excessivement prolongées aux événements stressants (le niveau « biologique ») qui finissent par altérer son état de santé. Reprenons.

Au niveau social, ce qui nous intéresse ici est la dimension subjective d'un statut défavorisé, à travers en particulier le vécu de trois types de sentiments. Le premier est celui d'un faible soutien social : se sentir peu soutenu par ses proches et son entourage. Le deuxième est celui d'une faible cohésion sociale : ne pas se sentir appartenir à une communauté qui partage des valeurs, ne pas s'identifier à son quartier d'habitation, regretter de ne pas pouvoir « faire partie de la société de consommation ». Le troisième enfin est celui d'échec vis-à-vis de ses pairs (de moindre réussite, de pauvreté relative plutôt qu'absolue) : ce qui importe ici est le rang occupé par rapport à celui de ses frères et sœurs, de ses anciens camarades de classe ou des résidents du même quartier, par exemple.

Au niveau psychologique, ce vécu affaiblit l'estime de soi. L'individu se sent dépourvu de contrôle sur ce qui lui arrive, sans autonomie, dominé, incapable d'agir ou de s'en sortir en cas de problème. Au travail, cela se traduit par l'impression de ne pas pouvoir ni apprendre de son travail, ni prendre de décisions, ni même avoir une quelconque marge de manœuvre ; c'est aussi la perception d'un déséquilibre entre les efforts accomplis et les récompenses obtenues, et d'un manque de soutien des supérieurs.

Au niveau biologique, cette faible estime de soi modifie la réaction de l'individu lorsqu'il fait face à un événement stressant, en la prolongeant excessivement : la sécrétion de cortisol dure trop longtemps, ce qui prolonge

également, notamment, l'augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Cette réaction d'alerte, en s'installant sur la durée, finit par « brûler » le corps, le prédisposant à diverses maladies.

Au total, une position défavorisée au sein d'une hiérarchie sociale altère la santé des individus en favorisant leurs comportements à risque, en les privant des conditions de vie matérielles nécessaires à l'entretien d'une bonne santé et en altérant leur réaction biologique au stress.

On voit donc que plusieurs chemins mènent d'une position défavorisée à la santé. Cette affirmation peut être vérifiée avec ces statistiques sur Montréal, datées de 2006-2008² :

- les hommes les plus pauvres avaient une espérance de vie de 6 ans inférieure à celle des hommes les plus riches
- l'écart d'espérance de vie selon le territoire de résidence s'élevait à 11 ans : 74 ans dans le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve contre 85 ans pour à Saint-Laurent.

La raison pour laquelle l'inégalité dans l'espérance de vie est plus élevée si l'on compare des territoires de résidence que des tranches de revenus est que la vie dans un quartier donné peut cumuler toute une série de déterminants de la santé défavorables (ou favorables). Ainsi, le quartier de Hochelaga concentre-t-il probablement, par rapport à celui de Saint-Laurent, des facteurs de risque liés :

- à la défavorisation des habitants (en termes de revenus mais aussi d'éducation, d'accès à l'emploi ou de soutien social, par exemple)

- et aux caractéristiques du quartier (pollution, dangerosité de la circulation automobile, commerces d'alimentation, espaces de sociabilité, etc.).

4. Que devraient garder des intervenants de ce survol de la littérature scientifique? Comment à leur niveau les intervenants peuvent-ils avoir des prises sur les inégalités sociales de santé?

Avant de parler du rôle des intervenants, je crois important de remarquer que les trois explications des inégalités sociales de santé que je viens de présenter conduisent à souligner le rôle crucial des politiques sociales. Celles-ci peuvent en effet décourager les comportements à risque : en augmentant le prix des cigarettes, en faisant des campagnes d'information sur les méfaits de l'alcool, en limitant la publicité sur la malbouffe destinée aux enfants, en baissant le prix des aliments frais, en réglementant la qualité des menus dans les cafétérias scolaires, etc. Les politiques peuvent aussi éviter que les conditions de vie des plus défavorisés n'affectent leur santé : par des services publics de qualité (éducation, soins, etc.) et une protection sociale universelle, des logements sociaux, un salaire minimum et une aide sociale de montants suffisants, etc. Enfin, les politiques sont également à même de réduire les sentiments d'infériorité et de vulnérabilité : en réduisant les écarts de revenu par les impôts (en taxant les hauts revenus et en redistribuant les richesses vers les revenus plus faibles) mais aussi par un affichage public, volontariste, contre les discriminations (racistes, sexistes, homophobes, etc.) qui contribuent à ces sentiments de vulnérabilité.

² Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011), *Rapport du directeur de santé publique 2011, Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*, 160 p.

Les intervenants bien sûr contribuent à la mise en œuvre de ces politiques. Ceci dit, on pense spontanément à leur rôle essentiel au regard des comportements et des conditions de vie mais peut-être moins au troisième volet, celui du subjectif. Ils peuvent par exemple tenter de diminuer les sentiments d'infériorité 1) en redonnant aux individus le sentiment qu'ils ont du pouvoir sur leur vie, en les impliquant dans les décisions les concernant, dans les soins ou dans le travail social, 2) en aidant à la création d'espaces de sociabilité et d'entraide dans les quartiers pour favoriser les sentiments de soutien et de cohésion et 3) en développant la conscience critique des personnes sur ce qu'elles vivent, notamment sur les facteurs structurels (le marché du travail par exemple) et les discriminations dont elles font éventuellement l'objet... en veillant bien sûr à éviter de susciter un sentiment d'impuissance victimaire. Ceci dit, il ne fait aucun doute que les intervenants peuvent se sentir impuissants face à des situations qui résultent de l'interaction de multiples facteurs (revenus, conditions de travail, éducation, logement, etc.) et en grande partie configurées par des logiques structurelles sur lesquelles ils n'ont pas de prise.