

Déterminants sociaux de la santé en Suisse – comment le genre s’est perdu en chemin

JOËLLE SCHWARZ^a, Dr MATHIEU ARMINJON^b, Pre ELISABETH ZEMP STUTZ^c, Dre SONJA MERTEN^c, Pr PATRICK BODENMANN^d et Dre CAROLE CLAIR^a

Rev Med Suisse 2019; 15: 485-9

Depuis quatre décennies, la recherche épidémiologique a mis en évidence la nécessité de considérer les déterminants sociaux et la distribution sociale des maladies dans la population suisse, en particulier en fonction du genre. Le genre influence la situation sociale, les conditions et les parcours de vie et les comportements en matière de santé qui influencent ensemble la santé. Malgré ces acquis, les politiques et stratégies nationales de santé tendent à considérer le genre comme un facteur de second plan, voire à omettre totalement son influence sur la santé. La politique Santé2020 et les stratégies nationales spécifiques récentes en témoignent tout particulièrement. Or, exclure ou réduire le genre à un facteur biologique entrave la mise en place d’interventions spécifiques visant la réduction des inégalités de santé au nom du principe de justice sociale.

Social determinants of health – how gender got lost on the way

Since four decades epidemiological research has emphasised the necessity to consider social determinants and the social distribution of illnesses in the Swiss population, particularly by gender. Gender influences social position, living conditions as well as health behaviours over the life-course which all together influence health outcomes. Despite this evidence, national health policies and strategies tend to consider gender as a background factor, if not to omit its influence on health. The Health2020 policy and the recent specific national strategies are particularly illustrative. To exclude or reduce gender as a mere biological factor however hampers the implementation of specific interventions aiming at reducing health inequalities in the name of the social justice principle.

INTRODUCTION

Dès 1988, des sociologues suisses ont mis au jour un gradient social de santé* entre les femmes célibataires, divorcées ou

veuves, ayant charge d’enfant(s) d’une part et les femmes mariées de l’autre.¹ Ce même groupe de scientifiques a aussi participé activement au programme de l’OMS mis en place dès 1982, visant à réduire les inégalités de santé. Il a abouti en 2005 à la formation de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l’OMS, dont le rapport de 2008 influence toujours les stratégies de santé publique des pays membres.²

Cette culture suisse de recherche sur les inégalités de santé, particulièrement sensible aux disparités de genre, s’est surtout développée dans le champ des sciences sociales et de la santé publique. Elle ne s’est cependant pas encore imposée dans celui de la médecine, ni dans les stratégies et les méthodologies fédérales de statistiques de santé. Ce n’est qu’en 2012 que la notion de gradient social est évoquée pour la première fois dans le rapport *Enquête suisse sur la santé*.³ S’il s’agit bien là d’une reconnaissance des liens de détermination entre position sociale et santé, on ne peut que constater les limites et le retard des institutions de santé publique suisses vis-à-vis d’autres pays. Parmi ces limites, on note dans le rapport de 2012 que le statut social de la population est principalement défini par le niveau de formation ou le revenu, tandis que la notion de genre – c’est-à-dire les catégories d’hommes et de femmes appréhendées comme des rôles ou des statuts sociaux qui structurent les parcours de vie – est absente, au profit de celle de sexe.

Nous proposons ici que l’absence de la dimension du genre dans les documents et stratégies des Offices fédéraux de la statistique (OFS) et de la santé publique (OFSP) témoigne plus généralement d’une difficulté persistante à reconnaître que l’état de santé puisse être influencé par des déterminants sociaux structurels qui, comme en témoigne le genre, ne sont pas réductibles à des facteurs de risque individuels, ni à des prédispositions biologiques.

LE GENRE, UN DÉTERMINANT SOCIAL STRUCTUREL DE LA SANTÉ

Afin de préparer sa stratégie globale pour la santé 2020, l’OFSP a lancé une série de mandats d’études. Parmi celles-ci, trois se penchaient sur la question des inégalités de santé⁴⁻⁶ s’inspirant des modèles conceptuels existants qui, à l’instar de la CDSS, permettent d’appréhender les différents facteurs déterminants les inégalités de santé. Parmi ces déterminants se trouve le genre. Se basant notamment sur les travaux de Krieger⁷ ou de Babitsch,⁸ les auteur-e-s préconisaient deux points principaux

^a Département des formations, recherches et innovations, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne, ^b Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), avenue de Beaumont 21, 1011 Lausanne, ^c Département d’épidémiologie et de santé publique, Institut tropical et de santé publique suisse, Socinstrasse 57, 4051 Basel, ^d Département vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne.
joelle.schwarz@hospvd.ch | mathieu.arminjon@hesav.ch
elisabeth.zemp@swisstph.ch | sonja.merten@swisstph.ch
patrick.bodenmann@hospvd.ch | carole.clair@hospvd.ch

* Le gradient social de santé désigne l’association entre la position dans la hiérarchie sociale et l’état de santé.

relatifs au genre: 1) le genre est un déterminant social lié mais différent du déterminant biologique qu'est le sexe et 2) le genre est un facteur qui influence les autres déterminants qui sont inter-reliés, il ne peut donc pas être réduit à un simple facteur confondant ou de stratification.

Le genre, un déterminant social à distinguer du déterminant biologique

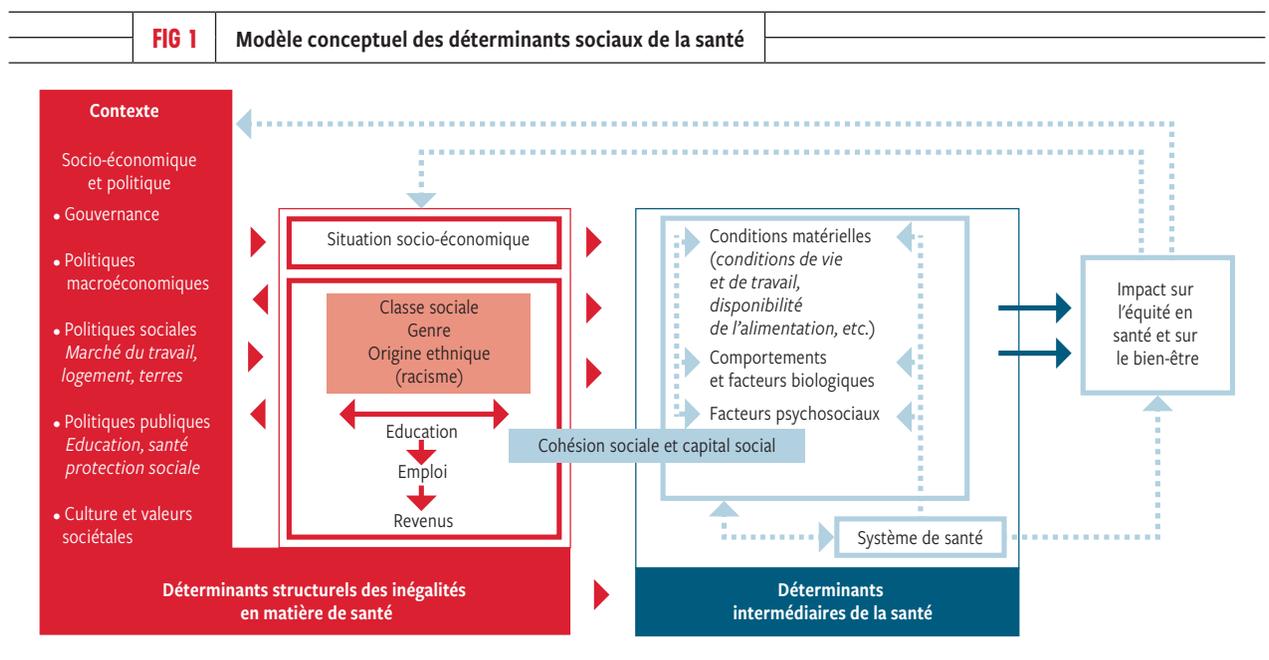
Le genre est un déterminant social de la santé du fait que la société est organisée et structurée selon des valeurs et des normes de genre, aussi fluides, multidimensionnelles et sensibles aux mutations des représentations culturelles et sociales soient-elles. Les inégalités hommes-femmes en santé, déjà présentées dans cette revue,⁹ ne sont pas uniquement attribuables à des différences biologiques, mais sont aussi liées à cette organisation genrée de la société: «les discriminations basées sur le genre se traduisent par un positionnement moins favorable (des femmes) dans les hiérarchies sociales. Un moindre accès au pouvoir, au prestige et aux ressources, se traduit en particulier par des difficultés à accéder à une formation et, par la suite, à un emploi reconnu et correctement rémunéré. Cette situation se traduit par une plus forte prévalence (pour un certain nombre) de pathologies et de mortalité».⁴ En effet, tandis que le sexe est un déterminant biologique sur lequel on ne peut pas agir (avec exceptions, par exemple, des traitements hormonaux ou chirurgicaux), le genre est quant à lui un déterminant social, historiquement contingent, sur lequel il est possible d'influer via des interventions spécifiques de réduction des disparités de santé, au nom du principe de justice sociale.

Le genre intervient à tous les niveaux du modèle des déterminants de santé

Le modèle conceptuel de la CDSS présente les différents déterminants et leur articulation du niveau structurel

jusqu'au niveau du comportement individuel en lien avec la santé (figure 1, de gauche à droite). Le modèle est complexe et induit des défis d'opérationnalisation (élaboration de stratégies et leur évaluation), pour lesquels Stamm et coll.⁶ proposent des solutions. Mais il est essentiel de tenir compte des différents niveaux pour appréhender empiriquement la réalité, et notamment d'y voir le genre comme un déterminant d'inégalités de santé qui discrimine le plus souvent les femmes et les filles et ce, à plusieurs niveaux. En effet, le genre produit des différences au sein des déterminants: par exemple les positions socio-économiques diffèrent entre hommes et femmes (différence de salaire notamment). De plus, les inégalités de genre s'articulent à travers le cheminement des effets des différents déterminants (*web of causation*)⁷: les disparités de position socio-économique influent sur les circonstances matérielles (les charges et ressources à disposition) ou sur le capital social (réseau socioprofessionnel) de façon différente entre les hommes et les femmes.

Les travaux sur les déterminants sociaux de la santé montrent également que les facteurs structurels expliquent davantage les inégalités de santé que les facteurs comportementaux.⁴ De plus, l'influence du genre est modulée et se cumule à travers le parcours de vie et les effets de certaines phases de vie (formation, mariage, divorce). Ainsi, le genre en tant que facteur structurel qui intervient à tous les niveaux et différemment selon la phase de vie, doit être appréhendé dans son influence multiple et cumulée sur la santé. La distribution de la santé, par exemple, à partir d'une pathologie précise, ne devrait pas être analysée dans sa «simple» association directe (bivariée) avec le genre, mais devrait tenir compte des différents déterminants qui modulent et influencent les disparités (voir l'*illustration clinique*). Or, il est notable que les stratégies fédérales de mesure et de prévention des inégalités de santé liées au genre peinent à prendre en compte ces défis méthodologiques.



(Source: Solar and Irwin (2010), in «Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé», Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 octobre 2011. www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-FR.pdf).

ILLUSTRATION CLINIQUE

La question du tabagisme illustre bien les différents niveaux d'influence du sexe et du genre sur la santé. En Suisse, la prévalence du tabagisme a augmenté dans la population féminine à partir des années 70.¹⁰ Le comportement tabagique, valorisé chez les hommes, mais jusqu'alors socialement peu admis chez les femmes, a progressivement et rapidement été adopté par les femmes. Un marketing genré de la cigarette par l'industrie du tabac a largement contribué à favoriser ce comportement.¹¹ De nombreuses femmes ont utilisé la cigarette comme moyen d'émancipation ou pour l'autogestion du stress ou du poids. Sur le plan des complications, l'incidence et la mortalité liées au cancer du poumon sont en augmentation chez les femmes depuis dix ans en Suisse alors qu'elles sont en diminution chez les hommes (figure 2). Cette évolution épidémiologique de la prévalence et de la mortalité du cancer pulmonaire trouve donc en partie son origine dans les changements de comportement tabagique (facteurs comportementaux), eux-mêmes influencés par des changements culturels et sociaux (facteurs structurels). Sur le plan biologique, les femmes sont davantage susceptibles de développer des complications (maladies cardiovasculaires ou pulmonaires) que les hommes pour une même exposition tabagique. Toutefois, il ne s'agit pas du sexe

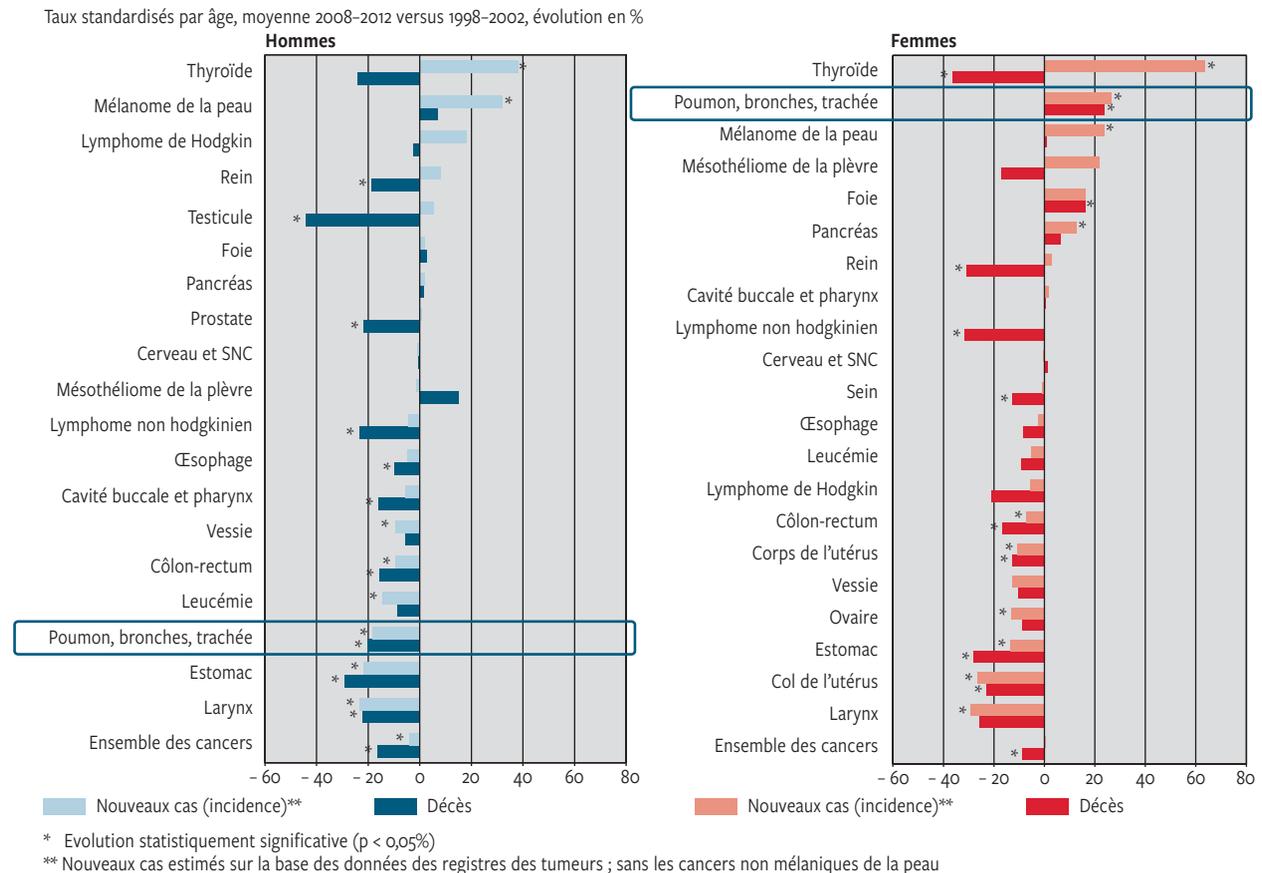
biologique, mais bien du genre qui explique l'entrée dans le tabagisme d'une personne. Le gradient socio-économique, très présent chez les hommes – les couches les moins favorisées ayant la prévalence la plus élevée de tabagisme – est nettement moins marqué chez les femmes.¹² Ceci pourrait s'expliquer par l'entrée en consommation plus tardive des femmes. L'adoption d'un nouveau comportement (ici le tabagisme) s'est d'abord faite auprès des hommes ayant un niveau socio-économique plus élevé, puis la tendance s'est inversée. Chez les femmes cette inversion est en cours, ce qui expliquerait un gradient moins marqué.

POLITIQUES ET STRATÉGIES NATIONALES DE SANTÉ: LE GENRE SE PERD EN CHEMIN

La stratégie globale Santé2020 développe son deuxième axe de domaine d'action sur le «Renforcement de l'égalité des chances et la responsabilité individuelle».¹³ L'égalité des chances est ainsi mise en relation directe avec la responsabilité individuelle. La notion de déterminant structurel, fortement mise en avant dans les études préparatoires, est ici mise en retrait, et sa dimension du genre disparaît: les mots «genre», «sexe», «femme» ou «homme» n'apparaissent pas.

FIG 2 Cancer en Suisse: nouveaux cas et décès

Evolution entre 1998 et 2012, en %. En rouge: nouveaux cas; en gris: décès.



(Source: Le cancer en Suisse, rapport 2015 Etat des lieux et évolutions. OFS, 2016. www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer.assetdetail.350146.html. Encadrés insérés par les auteur-e-s).

Dans les stratégies nationales spécifiques élaborées par l'OFSP à partir de la stratégie globale, le genre réapparaît, mais il est considéré comme un simple facteur confondant, la plupart du temps présenté dans sa dimension biologique et non influençable, au détriment de ses dimensions sociales.

La stratégie nationale de démence 2014-2019, par exemple, stipule que «le risque de développer une démence est déterminé pour l'essentiel par trois facteurs de risque non influençables, à savoir l'âge, le sexe et certains facteurs génétiques».¹⁴ Les taux de prévalence de démence sont présentés en fonction du sexe, et la différence de taux (plus élevé chez les femmes) est expliquée comme reflétant «avant tout» la différence de longévité entre les hommes et les femmes. Et plus loin d'ajouter que les facteurs de risque identifiés comme influençant le risque de démence sont le tabac, l'alcool, l'hypertension, le cholestérol, le diabète, l'obésité, et la dépression. Or, les données épidémiologiques montrent que la distribution de ces facteurs de risque est inégale entre hommes et femmes sur la base de différences sociales (style de vie notamment), et qu'elle varie et se cumule sur le parcours de vie. Il est donc étonnant de voir le facteur sexe/genre présenté comme un déterminant non influençable.

La stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (MNT) 2017-2024,¹⁵ ainsi que le récent outil de monitoring suisse des addictions et MNT «MonAM»¹⁶ adoptent la même approche: les différences de distribution homme-femme dans les principales MNT sont présentées, mais pas expliquées. Or, et de façon problématique, en l'absence d'interprétation et d'explication de ces différences, celles-ci apparaissent davantage comme données et non influençables. Dans la section facteurs de risque, la majorité des facteurs décrits émanent pourtant du niveau style de vie/comportement individuel, et seul un maigre paragraphe, relégué au second plan, est consacré aux déterminants sociaux (sans mentionner le genre), incluant le graphique du modèle CDSS. Parmi les MNT présentées en détail, se trouvent les maladies cardiovasculaires que l'on sait par ailleurs fortement déterminées par des facteurs liés au genre. Il est mentionné que «les décès dus à des maladies cardiovasculaires sont plus fréquents de 20% chez les femmes que chez les hommes (2013: 11793 versus 9719). La mortalité due à ces maladies est en baisse et ce recul est plus marqué chez les hommes que chez les femmes. Les hommes sont plus fréquemment hospitalisés pour une maladie cardiovasculaire que les femmes (2012: 67 549 versus 53 208)». Aucune piste d'interprétation de ces disparités homme-femme n'est pour autant fournie. Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont présentés, mais le genre n'y figure pas.

Pour terminer, l'OSFP a publié tout récemment une brochure «Egalité des chances et santé» qui rassemble, synthétise et présente sous forme d'infographie les données suisses sur les différences de distribution de la santé en fonction de déterminants sociaux.¹⁷ Sur les 17 associations présentées, une seule inclut le genre: le renoncement aux soins et le contexte migratoire, en fonction du genre. Pour les autres pathologies, ce sont principalement les indicateurs de formation et de revenu qui sont présentés comme déterminants sociaux de disparités, alors qu'il existe quantité de données probantes sur les disparités dues au genre. A titre d'exemple, la dépression

est présentée dans son association simple (bivariée) avec le niveau de formation, sans mention du genre. Si la brochure est utile pour illustrer facilement le propos – il existe des inégalités des chances en santé –, sa simplification induit deux problèmes: 1) la perte des déterminants et liens de causalité pouvant expliquer la formation de maladie en fonction de disparités de genre et 2) le danger de l'essentialisation des inégalités de genre, à savoir attribuer les différences observées aux différences biologiques entre hommes et femmes plutôt que sociales.

CONCLUSION

Le genre, c'est-à-dire les catégories d'hommes et de femmes appréhendées non pas sous l'angle biologique, mais comme des statuts sociaux, est un déterminant important et avéré d'inégalités dans la distribution de la santé et la maladie. Malgré l'existence d'une culture suisse d'étude des inégalités de santé, en particulier de genre, cette dimension a tendance à disparaître dans les stratégies et politiques de santé et manque complètement au niveau des recommandations pour la réduction des inégalités en santé. On ne peut que reconnaître les difficultés à appréhender et à intégrer l'influence du genre, notamment en raison de sa présence à différents niveaux (structurels, conditions et styles de vie, facteurs de risque individuels), à cause de son influence cumulée sur le parcours de vie et à cause de l'intersectionnalité avec d'autres facteurs (classe sociale, origine). Cependant, l'exclure ou le réduire à un déterminant biologique ne prend pas en compte l'ensemble des recherches qui ont été menées en épidémiologie depuis plusieurs décennies. Suivant le modèle des déterminants sociaux de la santé, l'inclusion du genre¹⁸ est impérative pour rendre visible les inégalités homme-femme dans la santé, et pour élaborer des interventions spécifiques visant la réduction de ces inégalités au nom du principe de justice sociale.

Conflit d'intérêts: Les auteur-e-s n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le genre est un déterminant social de la santé au même titre que la classe sociale ou l'appartenance ethnique et sa non-prise en compte peut conduire à des disparités en santé le plus souvent en défaveur des femmes
- Le genre doit être appréhendé en tenant compte des autres déterminants sociaux de la santé – structurels et intermédiaires, dans une approche intersectionnelle

1 Lehmann P, Mamboury C, Minder CE. Les inégalités sociales face à la santé et la maladie en Suisse. Les Cahiers Médico-Sociaux 1988:1-59.
2 Commission des déterminants sociaux de la santé. 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. Report No.: WA 525.

3 Office fédéral de la statistique. Enquête suisse sur la santé 2012. Neuchâtel, 2013. Report No.: 213-1202.
4 **Cantoreggi N. Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse: Groupe de recherche en environnement et santé (GRES), Institut des sciences de l'environnement, Université de Genève & Ufficio di prevenzione e

valutazione sanitaria, Canton Ticino; 2010; p.28.

5 Richter M, Ackermann S, Moor I. Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review: Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität; 2011.

6 *Stamm H, Fischer A, Wiegand D, et al. Konzept für ein «Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz». Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG; 2013.

7 *Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001;30:668-77.

8 **Babitsch B. Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K, eds. *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2009:283-99.

9 Clair C, Cornuz J, Bart PA, Schwarz J. *Medecine et genre: quels enjeux pour la pratique?* *Rev Med Suisse* 2018;14:1951-4.

10 de Torrente de la Jara G, Willi C, Cornuz J, et al. Femmes et tabagisme : spécificités épidémiologiques et cliniques. *Rev Med Suisse* 2006;2:1689-95.

11 Toll BA, Ling PM. The Virginia Slims identity crisis: an inside look at tobacco industry marketing to women. *Tob*

Control 2005;14:172-80.

12 Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C. *Monitorage suisse des addictions: consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2016*. Lausanne, Switzerland: Addiction Suisse; 2017.

13 Confédération suisse. *Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral: Département fédéral de l'intérieur DFI*; 2013.

14 Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). *Stratégie nationale en matière de démence 2014 – 2019 Résultats acquis 2014–2016 et priorités 2017–2019*, 2016.

15 Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

(CDS). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024*, 2016.

16 *Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM)*. 2018. Disponible sur: www.monam.ch

17 Office fédéral de la santé publique. *Égalité des chances et santé. Chiffres et données pour la Suisse*, 2018.

18 *Epstein S. *Inclusion. The Politics of Difference in Medical Research: The University of Chicago Press*; 2007.

* à lire

** à lire absolument