

# L'équité en santé: un objectif de santé publique plus facile à dire qu'à faire!

KARIN ZÜRCHER et ANDREA LUTZ

## KARIN ZÜRCHER

Département promotion de la santé et préventions  
Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne

## ANDREA LUTZ

Département promotion de la santé et préventions  
Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne

Le débat sur l'équité n'est pas nouveau dans le domaine de la santé publique. Ce thème a donné lieu à d'importants développements dans l'agenda international depuis les années 1970.<sup>1-3</sup> Les inégalités sociales sont l'une des principales causes des inégalités en santé.<sup>3</sup> Les résultats de la dernière *Enquête suisse sur la santé*<sup>4</sup> le confirment. Un gradient social en matière de santé demeure: les personnes ayant un bas niveau de formation sont moins nombreuses à avoir une activité physique régulière, une alimentation équilibrée ou encore à être non fumeuses. Elles ont également plus de risques de souffrir d'hypertension, de diabète ou d'obésité. Aussi, la part des personnes déclarant avoir un problème de santé de longue durée est plus élevée parmi celles ayant un bas niveau de formation.

La notion d'équité en santé fait référence à un principe de justice sociale et de proportionnalité. Elle implique l'idée que les ressources permettant de promouvoir la santé des individus doivent être distribuées de manière équitable et ajustées aux besoins de chacun. Cette notion est devenue aujourd'hui un idéal normatif pour l'ensemble des professionnels travaillant dans le champ de la santé. Face au constat que les inégalités sociales de santé demeurent toujours très fortes, la capacité des acteurs et des institutions à traduire cet idéal en pratique peut être questionnée. Plusieurs études ont révélé que les interventions de promotion de la santé et de prévention n'obtiennent pas toujours les effets escomptés.<sup>5</sup> De manière paradoxale, certaines interventions peuvent même reproduire ou amplifier les inégalités de santé. Une différenciation sociale dans l'efficacité des mesures antitabac est par

exemple documentée en France. Les campagnes médiatiques ont surtout eu pour effet de renforcer le niveau de sensibilisation des groupes plus aisés, mais n'ont eu que peu d'impact sur les groupes plus défavorisés.<sup>6</sup> Pire encore, entre 2010 et 2016, le tabagisme quotidien a diminué dans la population générale, mais il a augmenté parmi les personnes aux revenus les plus bas et parmi celles les moins diplômées, témoignant ainsi d'une augmentation des inégalités sociales en matière de tabagisme.<sup>7</sup>

La majorité des programmes de prévention adoptent une approche comportementale. Par le biais de la sensibilisation des individus aux dangers liés à différents comporte-

tements à risque (fumée, alcool, sédentarité, etc.), ces interventions visent un changement des modes de vie. Bien que cette approche ait fait ses preuves avec la population générale, elle demeure bien souvent peu efficace avec les populations vulnérables. Cette différence dans l'efficacité peut être causée par plusieurs facteurs, comme une moindre capacité des personnes à trouver, comprendre, évaluer et utiliser une information de santé (*littératie* en santé). Les conditions de vie matérielles de ces groupes rendent parfois difficile la mise en pratique des recommandations sanitaires. Le manque de ressources économiques peut aussi empêcher les individus d'accéder aux biens et aux services nécessaires à la bonne gestion de leur santé. Les conditions de travail, de logement et d'habitation, l'isolement social et la discrimination peuvent également représenter des freins à l'adoption d'un mode de vie sain pour les groupes défavorisés et vulnérables. Selon une logique de cercle vicieux, la plus grande exposition de ces groupes au risque et à la maladie est elle-même une source de préca-

**DE MANIÈRE PARADOXALE, CERTAINES INTERVENTIONS PEUVENT MÊME REPRODUIRE OU AMPLIFIER LES INÉGALITÉS DE SANTÉ**

## Bibliographie

- 1 - Déclaration d'Alma Ata. 1978. [www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
- 2 - Charte d'Ottawa. Genève: OMS, 1986. [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- 3 - Comblent le fossé en une génération. Rapport final de la commission des déterminants sociaux de la santé. Genève: OMS, 2009.
- 4 - Enquête Suisse sur la santé 2017. Berne: OFS, 2018.
- 5 - Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:190-3.
- 6 - Peretti-Watel P, Seror V. L'évaluation de la lutte antitabac: démêler une toile d'araignée avec des gants de boxe? Regards croisés sur l'économie. Paris: Editeur: La Découverte, 2009;5:201-9.
- 7 - Pasquereau A, Gautier A, Andler R, et al.; Le groupe Baromètre santé 2016. Tabac et e-cigarette en France: niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidemiol Hebd* 2017;214-22. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/2017\\_12\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/2017_12_1.html)

risation du statut social, qui leur empêche à terme de disposer des conditions adéquates pour la bonne gestion de leur santé.

A la lumière de ces constats, il est capital de développer des interventions réellement capables d'impacter sur l'état de santé des populations les moins favorisées. Il s'agit pour ce faire d'adapter les messages et les actions de santé publique aux besoins de chacun selon le principe de l'universalisme proportionné.<sup>8</sup> Dans cette perspective, il est question de développer des programmes de santé publique universels, mais selon une échelle et une intensité proportionnelles au degré de défavorisation. Les programmes de prévention doivent être construits de manière à susciter l'adhésion des individus et des communautés par le biais de la participation et l'inclusion.<sup>2</sup> L'action communautaire doit permettre de valoriser les ressources et renforcer le pouvoir d'agir des

individus sur leur propre santé (*empowerment*). Les professionnels de santé doivent être outillés et leurs compétences en communication dans leurs démarches de prévention améliorées. Finalement, les mesures comportementales doivent être soutenues par des dispositions structurelles visant à créer des environnements favorables à la santé, par le biais de l'implication de tous les secteurs de la société et de tous les niveaux des politiques publiques.<sup>9</sup> La promotion de communautés en bonne santé et, en particulier, de l'équité en santé entre groupes de population, nécessite d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, par exemple l'accès à l'éducation, à des aliments sains, un environnement durable, un urbanisme favorable, une politique sociale intégrative. Vaste mais beau programme!

**L'ACTION  
COMMUNAUTAIRE  
DOIT PERMETTRE  
DE VALORISER  
LES RESSOURCES  
ET RENFORCER LE  
POUVOIR D'AGIR  
DES INDIVIDUS**

8  
Marmot M. Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. [www.instituteofhealthequity.org](http://www.instituteofhealthequity.org)

9  
The Helsinki statement on health in all policies. Genève: OMS, 2013, [www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf)