

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les inégalités sociales de santé ne sont certes pas un phénomène récent, mais il aura fallu attendre le XIX<sup>e</sup> siècle pour qu'elles soient « découvertes » en Europe, par Villermé en France, Chadwick et Engels en Angleterre et Virchow en Allemagne. On avait alors remarqué que les taux de mortalité dans les zones urbaines à faible niveau socio-économique étaient systématiquement plus élevés que ceux des quartiers plus aisés. Malgré l'amélioration indéniable de la santé de la population générale en Europe et ailleurs, force est de constater que la situation d'iniquité a perduré. Il est aujourd'hui généralement admis qu'elle a pour première cause une plus forte exposition relative des groupes ayant un bas statut socio-économique à un large éventail de risques matériels, sociaux, psychologiques et comportementaux.

Un nombre grandissant d'études, dont certaines seront évoquées dans ce livre, démontrent que tous n'ont pas bénéficié de façon égale des efforts significatifs déployés en santé publique dans le monde occidental pour réduire ces risques, notamment durant les cinquante dernières années. Dans le meilleur des cas, les inégalités sociales de santé se sont maintenues à un niveau élevé à peu près constant ; mais dans certains pays, ou pour certains indicateurs, elles se sont aggravées, et ce dans des contextes d'accroissement de la richesse nationale. Ainsi, dans la décennie 1990, au Royaume-Uni, dans les pays scandinaves, en France ou en Italie, les écarts relatifs de mortalité précoce entre les groupes sociaux ont progressé.

Les inégalités sociales en matière de taux de mortalité se manifestent dès la petite enfance et se poursuivent tout au long de la vie. Elles touchent les femmes et les hommes, mais tendent à être plus élevées chez ces derniers et semblent pour la plupart imputables à des causes spécifiques de

mortalité. De même, les taux de morbidité sont habituellement plus élevés chez les individus ayant un faible niveau d'éducation, d'emploi et de revenu. Ces inégalités de morbidité se retrouvent dans de nombreux indicateurs, comme l'autoévaluation de la santé comme étant « moins que bonne », la prévalence de la plupart des problèmes de santé mentale, ou celle des limitations fonctionnelles et des handicaps. En conséquence, les individus qui ont un statut socio-économique défavorable ne vivent pas seulement moins longtemps, mais vivent aussi moins bien, leur existence étant marquée par les épreuves d'une mauvaise santé.

Le renversement de cette iniquité de la distribution sociale de la morbidité et de la mortalité est de plus en plus reconnu et identifié comme l'un des grands défis de la santé publique mondiale. En effet, l'OMS, la Banque mondiale, l'Unicef, l'Organisation panaméricaine de la santé, le Programme des Nations Unies pour le développement et, globalement, la majorité de la communauté de la santé mondiale en ont fait une priorité. Cette reconnaissance a connu un point fort le 18 mars 2005, lors de la formation de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, chargée d'identifier les interventions et les politiques à instaurer pour réduire les inégalités mondiales en matière de santé.

Au Québec, entre 1996 et 1998, malgré les progrès notables observés dans les décennies précédentes pour la santé de la population générale, cinq ans d'espérance de vie et quatorze années d'espérance de vie en bonne santé séparaient la population la plus défavorisée matériellement et socialement de la population la plus avantagée. Un premier regard sur l'évolution des taux de décès montre certes que tous les groupes, défavorisés et favorisés, ont vu leur mortalité diminuer au fil des ans<sup>1</sup>. Cependant, l'examen de l'évolution des *écarts* de mortalité selon la défavorisation montre que les gains en longévité ont été plus importants chez les groupes favorisés. En définitive, au terme de la dernière décennie et malgré la réduction pour tous des chiffres de la mortalité précoce, les écarts entre les groupes sociaux s'accroissent. L'évolution récente de la situation québécoise rejoint donc celle qui est observée à l'échelle internationale.

1. Cela vaut pour les principales causes de décès à l'exception de la mortalité par suicide, qui a légèrement augmenté dans tous les groupes et pour les deux sexes, et de la mortalité par cancer du poumon et maladies des voies respiratoires inférieures, qui s'est accrue chez les femmes en milieu défavorisé.

Ces constats, et d'autres, expliquent pourquoi les instances de santé publique au Québec accordent une importance particulière au problème. Le Programme national de la santé publique 2003-2012, par exemple, en a fait l'un de ses quatre défis (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003), dans la foulée du rapport déposé en 2002 par le Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté.

C'est dans ce contexte qu'a été créé l'axe stratégique sur les inégalités sociales de santé, au Réseau de recherche sur la santé des populations (RRSPQ), à l'issue d'une réunion entre 28 chercheurs issus de nombreuses disciplines et institutions<sup>2</sup>. C'est également lors de cette réunion qu'il a été décidé de produire un livre qui refléterait dans sa diversité la recherche effectuée au Québec sur le sujet.

Il fallait d'abord prendre la mesure de ce sujet. Ce que l'on constate avant tout, ce sont des différences d'état de santé entre individus et entre groupes : celui-ci est malade, celui-là non, celui-ci meurt jeune et celui-là jouit d'une grande longévité, cette catégorie sociale connaît une espérance de vie plus élevée que cette autre, ou fait face à une plus grande incidence de telle maladie. Ces différences, même associées à des « variables sociales », ne deviennent des inégalités sociales de santé que lorsque l'on constate systématiquement leur distribution inégale en fonction de variables de stratification sociale comme le revenu, les conditions d'emploi, l'éducation, les conditions de vie, le logement et le quartier, voire l'appartenance à des groupes vulnérables ou sujets de discrimination (sexe, ethnicité, âge, etc.). Étudier les inégalités sociales de santé, comme on le verra dans de nombreux chapitres de ce livre, c'est chercher à comprendre par quels processus les inégalités sociales vécues par les individus finissent par s'inscrire dans leur corps et dans leur esprit, favorisant ou nuisant à leur santé.

Le livre aborde la question selon trois perspectives : l'empirie, la théorie et la pratique. Certains auteurs se penchent ici plutôt sur les *conditions*

2. Anthropologues, sociologues, géographes, psychologues, médecins, épidémiologistes experts en santé communautaire, en santé publique ou en sciences de l'activité physique, les participants réunis en avril 2002 provenaient de l'Université de Montréal, de l'UQAM, de l'Université Laval, de l'INRS-Urbanisation, culture et société, de l'Institut national de la santé publique, ainsi que de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, du CLSC Haute-Ville des Rivières et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région 04.

qui produisent les inégalités, d'autres essaient d'expliquer les *liens* entre le social et le biologique et d'autres, enfin, s'intéressent aux *interventions* qui pourraient permettre de réduire les inégalités.

Le livre se divise en trois sections correspondantes à ces perspectives. La première traite en trois chapitres des preuves empiriques des inégalités sociales de santé, en étudiant les cas du Québec et de la France. Les auteurs s'intéressent aussi au rôle que joue le milieu de vie dans ces inégalités. Dans la deuxième section, qui comprend huit chapitres, les auteurs se penchent sur plusieurs questions théoriques et méthodologiques qui ont fait jour dans les plus récentes recherches sur les inégalités sociales de santé au Québec. On évoque, entre autres, les perspectives sociologique et anthropologique, le rôle de la biologie, les approches fondées sur le parcours de vie et les modélisations multi-niveaux. Dans les six chapitres de la dernière section, les auteurs se préoccupent de politiques et de pratiques. On y apprend plus sur les rôles de l'école, de la protection de l'enfance, des politiques en milieu de travail, et sur l'utilisation de l'évaluation pour comprendre et combattre les inégalités sociales de santé.

En invitant un groupe d'auteurs aussi divers en termes d'intérêts, de perspectives et d'approches méthodologiques, nous avons voulu faire ressortir le caractère particulier des recherches et des interventions qui se font ici. Au fil du temps, en effet, le Québec a acquis une réputation de foyer de la recherche interdisciplinaire, et s'est distingué par des approches novatrices. Nous espérons vivement que ce livre sera à la hauteur de cette réputation, et qu'il contribuera à l'avancement de l'objectif crucial qu'est la réduction des inégalités sociales de santé, au Québec et ailleurs.