

Un programme de recherche pour l'inclusion sociale
Conseil canadien de développement social
27-28 mars 2003

L'inclusion sociale et la santé des canadiens : où sont les lacunes
Louise Bouchard, professeure
Sociologie/ Institut de recherche sur la santé des populations
Université d'Ottawa

Sans toutefois adopter le rôle de provocatrice, j'aimerais plus simplement ajouter quelques idées à la discussion au centre de cette conférence, à savoir le sens des concepts que nous utilisons et leur «fécondité» tant au plan de la recherche qu'à celui de l'action politique. On se demande aujourd'hui s'il serait plus fécond de parler d'inclusion sociale plutôt que d'exclusion sociale qui a été le thème central et l'angle par lequel la pauvreté a été abordée ces dernières années. Un changement conceptuel n'est pas qu'une question de rhétorique, il structure nos façons de pensée et d'agir, il signifie de nouveaux outils pour comprendre le monde dans lequel nous vivons, une production de connaissances qui soutiendra cette nouvelle façon de pensée et des interventions différentes. La perspective de l'exclusion pouvait avoir pour effet de focaliser et de singulariser des situations extrêmes, plutôt que de les inscrire dans les dynamiques structurelles qui les ont produites. Le concept d'inclusion, même si les définitions ne sont pas arrêtées, et comme l'a souligné Ruth Levitas à cette conférence, semble plus prolifique, parce que utopique au sens de K Manheim, visant une transformation sociale.

Ce changement de paradigme est particulièrement présent dans le champ de la santé et la question des inégalités de santé est au cœur des débats actuels. Un groupe de chercheurs de l'ICRA a resoulevé ces dernières années la question de l'hétérogénéité de la santé en cherchant à comprendre pourquoi certaines collectivités sont plus en santé que d'autres, pourquoi certains individus sont plus en santé que d'autres, comment se fait-il que des pays riches, ayant des systèmes publics de santé se butent à des inégalités majeures de santé entre ses membres ? En réponse, les membres de l'ICRA sont arrivés à conceptualiser un autre modèle ou approche de la santé basée sur la population et les déterminants de la santé (Evans, Barer & Marmor, 1994). Une de leurs conclusions importante est que la position sociale d'un individu et la distribution de la richesse d'un pays exercent une influence prépondérante sur la santé des populations. Ce cadre conceptuel comme celui de l'inclusion sociale, pose le problème de fond des iniquités à travers l'ensemble de la société et celui de la justice sociale.

La question des inégalités sociales et de la mortalité différentielle était déjà connue au 19^{ème} siècle. Les statistiques sociales de l'époque ont démontré ces écarts et ont contribué à soutenir des politiques publiques d'amélioration de l'environnement et des conditions de vie (le grand mouvement sanitaire en Angleterre). Cette approche, au cours du 20^{ème} siècle, avec la montée de la médecine scientifique, de l'épidémiologie et de la médecine clinique, a été reléguée au second plan. C'est la recherche biomédicale qui a dominé le champ des connaissances sur la santé. Alors que l'on croyait que les investissements

massifs faits en santé diminueraient le fardeau de la maladie, les inégalités de santé se sont accrues. Le rapport Black publié au début des années 80 en Grande-Bretagne a relancé avec intensité le débat des inégalités sociales et des inégalités de santé. De nouvelles conceptualisations de la santé ont pris forme dont le Canada est reconnu comme un leader : Nouvelles perspectives de la santé de Lalonde (1974) établissant les quatre champs de la santé (biologique, environnement, style de vie, système de soins ; Epp (1986) mettant en valeur le modèle de la Promotion de la santé ; l'ICRA (1994), développe l'approche Santé des populations et Santé Canada (1996) emboîte le pas dans la même direction. Ces constats et ces nouvelles façons de conceptualiser la santé ont ouvert le champ de la recherche aux dimensions psychosociales et aux déterminants sociaux de la santé. Les années 80 ont été dominées par les questions des comportements de santé, des individus et des groupes à risque avec un accent mis sur la responsabilité individuelle. Les années 90 sont marquées par une lecture du rôle et de l'interaction de nombreux déterminants sur la santé, dont plus particulièrement les déterminants environnementaux (physique et social) qui sont liés au milieu dans lequel évoluent les individus: l'éducation, l'emploi, le tissu familial et social, la répartition de la richesse. A chacune de ces perspectives correspondent des façons d'intervenir et d'agir.

L'approche conceptuelle de Santé des populations, malgré les critiques qu'on lui a adressées (économisme, data-driven) a le mérite de contribuer tant à l'agenda de recherche qu'à l'agenda politique.

L'agenda de recherche en stimulant une meilleure compréhension et explication du lien entre les facteurs socioéconomiques et les indicateurs sanitaires, du gradient de santé. Si certains ont plus de risque de développer certaines affections ou une probabilité de mourir jeunes fortement corrélée avec la position sociale, si l'espérance de vie de quartiers défavorisés est de 10 ans plus précoce que dans les quartiers favorisés, ce n'est pas que le fruit du hasard ou de l'hérédité mais aussi le résultat d'une production par la société. Le postulat est que les inégalités de santé mesurées par les taux de morbidité et de mortalité, la fréquence des handicaps, des troubles mentaux, l'espérance et la qualité de vie sont aussi des inégalités sociales. Sans non plus sombrer dans le réductionnisme sociologique, la question est de comprendre comment les inégalités sociales, produites par la société s'expriment dans les corps. Cette disparité ne va pas de soi, elle doit être argumentée scientifiquement et traduite dans des politiques publiques. On doit donc se demander quelle est la source de l'inégalité physique, biologique et son lien avec l'inégalité sociale. Au niveau micro social, les effets liés au territoire, à l'habitat, à l'environnement local, au milieu de travail, aux réseaux sociaux demandent à être mieux compris.

L'agenda politique car les disparités devant la mort excèdent les questions académiques, elles sont l'enjeu des politiques publiques. En démontrant scientifiquement l'influence des déterminants sociaux sur la santé, ces nouvelles connaissances permettent un arbitrage dans les dépenses publiques consacrées à la santé. Il devient tout aussi crucial de comprendre et d'agir sur le fonctionnement social et la production des inégalités de santé que de comprendre le fonctionnement du corps et ses failles biologiques. Ces connaissances donnent le moyen d'arbitrer sur les meilleurs investissements à faire pour améliorer la santé des populations. La santé relève tout autant des sciences sociales. La

réduction des inégalités de santé, passe par la réduction des inégalités sociales, en amont par des interventions sur les déterminants sociaux de la santé : éliminer les écarts de revenus, améliorer les conditions de travail et l'accès à l'emploi, les conditions d'habitats, faire reculer les disparités de la petite enfance et à l'école, disparités entre hommes et femmes, lutter contre toutes les discriminations. Ce sont des mesures de justice sociale et une utopie à réaliser.

Les défis restent cependant nombreux tant au plan conceptuel que méthodologique qu'au plan des applications politiques.

Au plan de la recherche, le défi est de rendre plus intelligibles des questions complexes. Un remarquable effort de recherche permet aujourd'hui de mieux mesurer la santé des populations mais ces mesures offrent surtout des lectures transversales caractérisant les individus à un moment de leur existence. Les dynamiques et processus sociaux semblent plus difficiles à rendre compte ainsi que la manière d'appréhender la différenciation sociale. Les mécanismes sociaux qui altèrent la santé sont aussi plus difficilement saisissables. La mise en variables des réalités complexes comme l'état de santé, la position sociale conduit forcément à des réductions qu'il faut contrôler pour interpréter adéquatement les données. La recherche interdisciplinaire apparaît incontournable pour mieux appréhender des phénomènes complexes. La rencontre des disciplines (épidémiologie, sciences sociales, sciences biologiques) apporte des pistes nouvelles d'investigation permettant de relier les données de santé et l'analyse sociale, l'approche statistique et la mesure et la démarche compréhensive s'efforçant de dégager le sens sociologique des inégalités sociales de santé. Elle favorise l'innovation méthodologique nécessaire, telles que les études longitudinales, les analyses contextuelles et multiniveaux, l'analyse les trajectoires sociales pour parvenir à une compréhension et explication encore plus fine de la réalité.

Les implications des recherches pour la définition des politiques se trouvent de son côté souvent limitées par le caractère multidimensionnel des déterminants identifiés et par la difficulté d'intervenir sur les causes structurelles alors que l'action publique se déploie plus facilement à travers des mesures ciblées sur des populations défavorisées.