

Résumé – Inégalités sociales de santé (ISS)

I. Histoire

Dès le milieu du XIX^{ème} siècle question des inégalités sociales :

- Angleterre : E. Chadwick → +13 ans de vie si + d'hygiène et eau potable ;
- Allemagne : R Virchow → typhus.

Grâce à la santé publique, on observe une prise en compte des **déterminants** de santé et ISS → **Charte d'Ottawa** (1986), traite de la promotion de la santé.

II. Inégalités sociales de santé (ISS)

Explosion des inégalités sociales depuis les années 70, majorées avec crise de Covid-19 (≠ de salaires très marquée entre riches et pauvres).

Plusieurs niveaux entre les pays ou dans différentes populations d'un même pays.

ISS impossibles à légitimer car ≠ principes de la médecine.

Précarité et **pauvreté** = facteurs de risque de mortalité précoce (pourcentage de personnes encore vivantes à 75 ans en fonction du niveau socio-économique au Canada + quartiers de Londres).

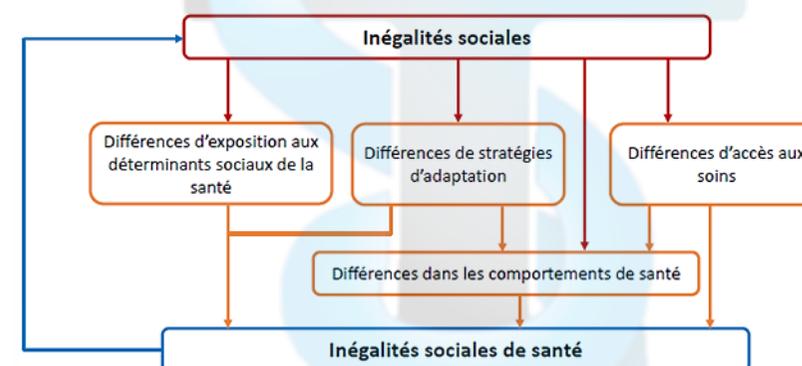
Comportements et **habitudes** personnelles sont liées au milieu social (tabac au Québec).

Différence de prévalence des pathologies + haute chez les personnes moins éduquées (diabète et obésité).

Inégalités en santé mentale (dépression, schizophrénie, taux de mortalité par suicide).

4 mécanismes des ISS s'autoentretiennent :

- Différences d'expositions aux déterminants sociaux de santé ;
- Différences de stratégies d'adaptation ;
- Différences d'accès aux soins ;
- Différences dans les comportements de santé.



Organigramme des inégalités sociales.

Les ISS sont favorisées par une inégale répartition des **déterminants sociaux de santé** (ex : éducation, services de santé, origine ethnique, statut social, condition de travail, habitudes...).

Rappel – Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

III. Justice sociale et santé

La **santé** est un **droit humain fondamental**.

Différentes théories : égalité des chances ; capacité humaine de base (minimum pour assurer la dignité d'une vie, elle prend en compte les capacités intrinsèques et liées à l'environnement).

La santé est une méta-capacité : une condition élémentaire pour accéder aux autres capacités.

IV. Responsabilité sociale en santé

Il faut traiter le social et le médical ensemble ainsi que l'environnemental.

2 principes fondamentaux : **altruisme** et **altérité**.

Attitudes spontanément négatives des étudiants envers les personnes précaires, majoration au cours des études → impact sur la relation soignant/soigné.

Patients ayant un faible niveau socio-économique ont des consultations plus directives avec moins d'informations, fondées sur un examen clinique plus long, le médecin fait preuve de moins d'empathie → importance de la formation des étudiants sur ces questions.

Différentes méthodes d'enseignement de la responsabilité sociale :

- Traditionnel ;
- Stratégie de sélection ;
- Cours dédié ;
- Enseignement expérientiel dans la communauté.

Les étudiants doivent connaître les ISS, les dispositifs destinés aux populations précaires, présenter attitudes favorables face aux personnes précaires et participer à des programmes pour favoriser les soins de ces personnes.