

La médecine est-elle sociale?

ROLAND M.¹, REA A.² et FORTUNIER C.²

¹Département de Médecine générale ULB - Médecins du Monde - Projet LAMA

²GERME - Institut de sociologie, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

De l'engagement éthique et professionnel des soignants en tous temps et en tous lieux, jusqu'à *One Health*, la prise en compte de l'enchaînement des différents modèles des problématiques sociales a permis d'avancer dans les origines, la détermination et peut-être même la causalité de l'état de santé et de bien-être des individus et des populations. Le social traverse toutes les dimensions des systèmes de santé, des individus à leur échelle personnelle et des populations dans leurs dimensions collectives et communautaires. Il constitue le socle de toute élaboration conceptuelle dans la compréhension et de toute construction pragmatique dans l'action. Les éléments pertinents sont les déterminants médicaux et non médicaux de la santé, les inégalités sociales de santé, la vulnérabilisation, l'intersectionnalité, la perspective écosociale et le modèle *One Health*. Tous sont brièvement abordés d'une manière théorique et pratique.

Rev Med Brux 2023; 44 : 248-257

Doi : 10.30637/2023.22-105

Mots-clés : politique de santé, inégalités sociales, santé unique, intersectionnalité, systèmes de soins de santé intégrés, analyse de la complexité

ABSTRACT

From the ethical and professional commitment of caregivers, always and in all places, to *One Health*, the consideration of the sequence of different models of social issues has made it possible to advance in the origins, determination and perhaps even causality of the health status and well-being of individuals and populations. The social dimension runs through all the topics of health systems, from the personal level of individuals to the collective and community levels of populations. It is the basis of all conceptual development in understanding and all pragmatic construction in action. The relevant elements are the medical and non-medical determinants of health, social inequalities in health, vulnerabilization, intersectionality, ecosocial theory and the *One Health* model. All of them are briefly addressed in a theoretical and practical way.

Rev Med Brux 2023; 44: 248-257

Doi: 10.30637/2023.22-105

Key words: health policy, social inequalities, one health, intersectionality, integrated health care systems, complexity analysis

INTRODUCTION

De tous temps et en tous lieux, les médecins et les soignants ont eu le souci de répondre aux demandes d'aide et de soins qui leur étaient adressées, en particulier par ceux qui en avaient le plus besoin. A cette inclination individuelle se sont mêlés des éléments religieux, éthiques et moraux, déontologiques, professionnels, philosophiques et politiques, et aussi économiques, qui poussent à concevoir la santé aussi dans un cadre sociétal et collectif. Tous ces éléments participent à une approche dite sociale de la médecine, qui s'intéresse aussi aux dimensions publiques de la santé.

La santé publique peut être considérée comme un champ d'action collectif : celui des efforts organisés de la société pour prévenir la maladie, promouvoir la

santé et soigner les malades dans les meilleures conditions possibles. Au cours du 20^e siècle, différentes appellations se sont succédées pour approcher le concept d'intervention sur la santé des populations, dans un cadre autre que le soin individuel. Au Royaume-Uni par exemple, on parle de « *preventive medicine* » au début du siècle, de « *social medicine* » dans les années '40, de « *community medicine* » dans les années '60 et de « *public health medicine* » à la fin des années '80.

La santé publique concerne les soins et la médecine, mais également de nombreux autres domaines. En effet, sa pratique effective requiert une multidisciplinarité et des partenariats intersectoriels. Dans ce cadre, le terme « médecine sociale » correspond

donc à une appellation ancienne, encore centrée sur la « médecine ». Cela dit, il garde une utilité lorsqu'on veut aborder de manière plus spécifique la pratique médicale exercée dans le contexte plus large du social. On aurait cependant tort de considérer la médecine sociale comme une médecine à part, une médecine pour les pauvres, une médecine de second rang, voire une pauvre médecine. Il s'agit plutôt de voir la médecine en relation avec la société, au travers mais au-delà des seul.e.s malades, comme une approche globale de la médecine et des patient.e.s.

Les professionnel.le.s que sont les médecins ont d'ailleurs par nature une identité, une compétence et une responsabilité sociales^{1,2}. Il est attendu d'eux.elles qu'ils.elles suivent les priorités de santé et qu'ils.elles soient sensibilisé.e.s aux questions d'accessibilité et de qualité des soins, mais également aux inégalités et aux nouveaux enjeux sanitaires²². C'est dans ces perspectives que se sont inscrites en Belgique, dès le départ et jusqu'à ce jour, les maisons médicales et de nombreuses structures d'aide et de soins du secteur social-santé ambulatoire, en lien ou parfois en opposition avec l'approche hospitalière spécialisée, devenue de plus en plus technologique et parfois déshumanisée, essentiellement depuis les années '70.

Se demander si la médecine est sociale consiste à interroger les dimensions sociales de la santé et du bien-être. Les éléments relevant en sont les déterminants médicaux et non-médicaux de la santé, les inégalités sociales de santé, la vulnérabilisation, l'intersectionnalité, la perspective écosociale et le modèle *One Health*. Ces concepts et approches sont brièvement abordés d'une manière théorique et pratique. Ils nous poussent à appréhender les déterminants de la santé et du bien-être comme les fruits de rapports sociaux et à souligner alors la nécessité de consolider une politique de santé publique.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

La constatation que les plus démunis.e.s étaient aussi les plus malades de la société a abouti trop rapidement et pendant trop longtemps à un jugement de valeur sur leur responsabilité individuelle : les modes de vie et les comportements inadéquats (alcoolisme, mauvaise alimentation, manque d'hygiène, sexualité, violences, etc.) causeraient de nombreuses maladies (telles la tuberculose, la syphilis, la démence, etc.) menant l'approche sociale de la médecine à préconiser un ensemble de règles pour une vie « hygiénique ». Ce modèle de pensée a persisté au moins jusqu'au début du 20^e siècle et continue encore

à habiter notre inconscient collectif et certains de nos mythes sociétaux.

Mais, de plus en plus, est apparue la prégnance puis a été démontrée l'importance primordiale des déterminants qualifiés d'indirects ou de macro- (de grande échelle). Ceux-ci influent à long terme et globalement sur l'état de santé des populations mais aussi des personnes qui les composent, prises individuellement. Les comportements, par exemple, résultent certainement de choix personnels liés à l'histoire, à la famille, aux milieux de vie, aux événements passés et présents, etc. mais ils dépendent également de l'appartenance culturelle, du contexte temporel et local, des conditions socio-économiques, du marché du travail et du logement, du système éducatif, des écosystèmes locaux et généraux, etc. Et ce sont ces derniers éléments qui constituent la part relative prépondérante de l'ensemble des déterminants.

Le type d'alimentation des personnes en est un exemple éclairant. La manière de manger peut être simplement considérée comme un choix personnel, témoin des préférences et des goûts de chacun.e. Ce ne serait donc pas un sujet politique mais culturel et individuel. Et pourtant, parallèlement à cette vision restreinte, l'alimentation apparaît clairement relever du contexte global, familial, économique et social, du temps et du lieu propres à la personne qui mange. L'accent mis sur l'échelon individuel a tendance à voiler l'importance des rapports sociaux et du contexte général. Il en va de même pour tous les comportements (tels le tabagisme, l'alcoolisme, la pratique du sport, la prévention, etc) reliés au libre arbitre de chacun mais aussi à un ensemble de conditions d'existence. Et les conséquences en matière de santé publique sont majeures : en Belgique, par exemple, la moitié de la population est en surpoids, 16 % est obèse³, ce qui contribue de manière importante à l'état de santé global puisque 11 % des décès en 2021 sont directement liés à la nutrition, ou plutôt à la malnutrition⁴ et les chiffres sont d'autant plus élevés qu'ils concernent les plus défavorisé.e.s.

De multiples modélisations ont été élaborées pour figurer concrètement cet état de fait. Le modèle de Stronks proposé en 2006 pour étudier la situation des politiques et interventions de lutte contre les inégalités en matière de santé aux Pays-Bas⁵, définit les déterminants qui ont des effets directs ou indirects sur la santé. Il met en avant l'importance d'une catégorie de déterminants autres que les déterminants médicaux : les déterminants qualifiés d'indirects ou de macro- (de grande échelle). Plusieurs études ont voulu quantifier la proportion relative du poids de ces deux catégories de déterminants. Les

1 Le référentiel CanMEDS du Collège royal des Médecins et des Chirurgiens du Canada, devenu quasi une norme en la matière, comporte un chapitre entier dédié à cet aspect : « *Les médecins doivent démontrer un engagement envers la société en reconnaissant et en respectant ses attentes en matière de soins de santé, c'est-à-dire : 1) Assumer sa responsabilité sociale envers les patients, la société et la profession et répondre aux attentes de la société à l'endroit des médecins ; 2) Démontrer leur engagement à participer à des initiatives liées à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité des soins.* »

Référentiel CanMEDS. Collège royal des Médecins et des Chirurgiens du Canada, 2006. Consulté le 03/12/2022. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-f>

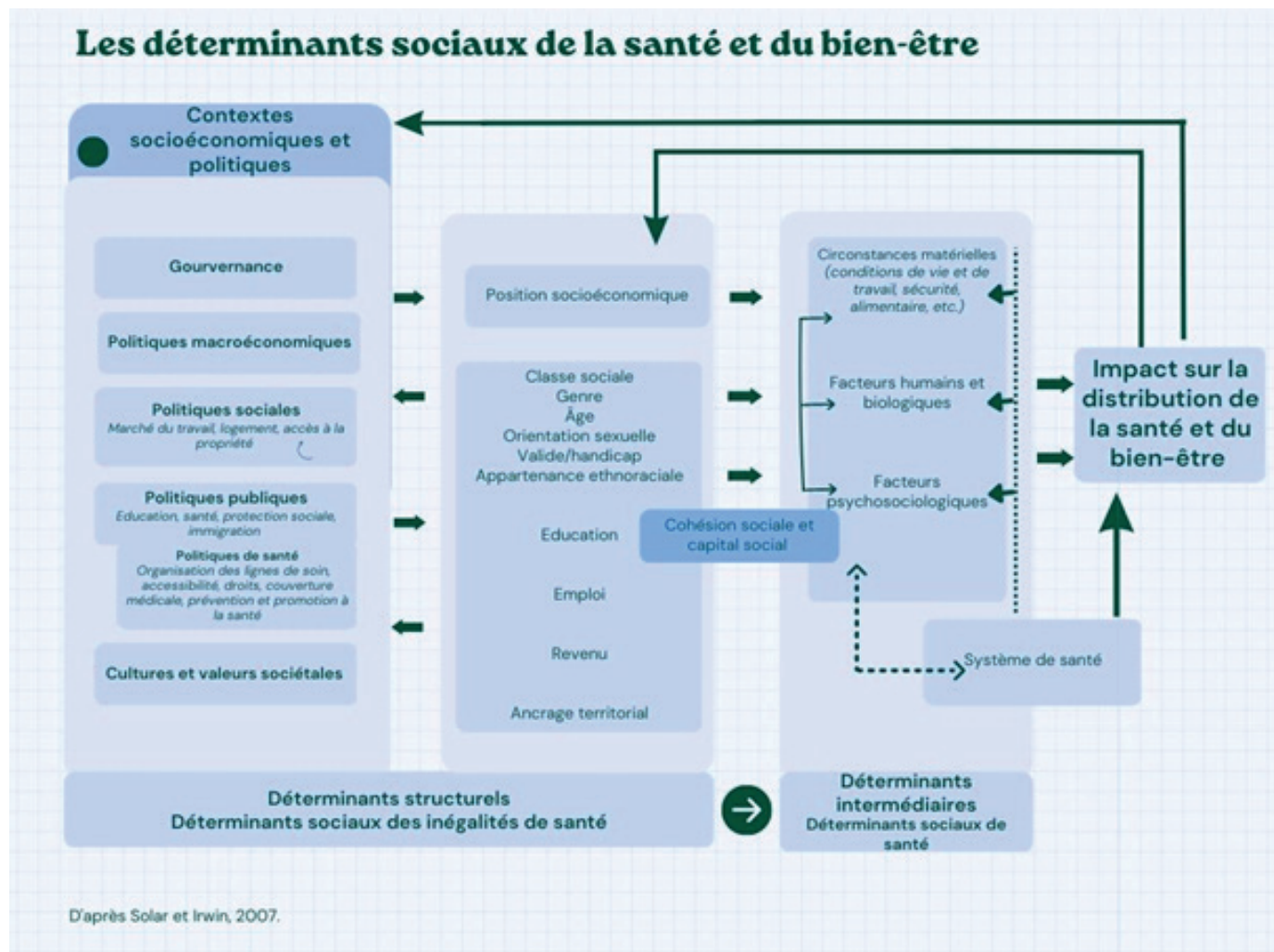
résultats arrivent de manière convergente au même ordre de grandeur⁶⁻⁸: 15-20 % pour les déterminants médicaux, 80-85 % pour les déterminants sociaux (structurels) aux effets indirects, répartis en conditions socio-économiques, modes et habitudes de vie (40-50 %), prédispositions génétiques (20-30 %) et écosystèmes environnementaux (20 %).

En 2011, la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS publie le modèle de Solar et Irwin⁹

(figure 1). Ce modèle regroupe de nombreux éléments pertinents en deux grandes catégories : d'une part les déterminants structurels qui constituent les déterminants sociaux indirects des inégalités de santé, d'autre part les déterminants intermédiaires, à savoir les déterminants sociaux de santé. L'ensemble constituant les déterminants sociaux (non médicaux) de la santé et du bien-être.

Figure 1

Les déterminants sociaux (non médicaux) de la santé et du bien-être (d'après le modèle de Solar et Irwin).



Ce modèle dépeint les effets dynamiques et réciproques des déterminants sociaux de la santé et du bien-être sur la distribution de la santé et du bien-être. Les déterminants structurels englobent les interactions entre les contextes socioéconomiques et politiques d'une part et d'autre part les positions et statuts sociologiques des individus. Ils témoignent de dynamiques inégalitaires qui ont des effets sur les déterminants intermédiaires de santé.

Le système de santé en tant que tel (les soins proprement dits), situé dans le bloc de droite et un peu excentré, constitue la classe spécifique des déterminants médicaux de la santé. Il apparaît intuitivement

qu'un bon système de soins, accessible à toutes et tous, est nécessaire pour prendre en charge et traiter les malades et leurs maladies. Et pourtant, ce sont des facteurs plus macro- (politiques, économiques, éducationnels, liés au milieu du travail, etc.) qui conditionnent l'état de santé global de la population.

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Si, en effet, surtout à l'échelon individuel, un mauvais état de santé peut entraîner une chute du statut social (perte de travail, du réseau social, parfois familial, diminution des revenus, difficultés à

assumer les frais courants dont les prêts contractés, isolement, invalidité et handicap), ce sont surtout les facteurs sociaux qui ont les impacts les plus importants sur l'état de santé, comme en témoignent la majorité des indicateurs de santé publique.

Une association statistique significative est en effet bien démontrée entre toute une série d'indicateurs sociaux (niveau d'étude, revenus, statut de chômage, d'invalidité ou de handicap, locataire ou propriétaire, monoparentalité, territoire, ...) et une autre de nature sanitaire (espérance de vie absolue et en bonne santé, mortalité périnatale, globale ou spécifique, lieu de décès, prévalence et évolution de la maladie mentale, poids de naissance¹⁰, index carieux, couvertures préventives, ...). Et ces répercussions du statut socio-économique sur l'état de santé sont très progressives, par tout petits paliers. Celui-ci, démontré comme facteur de risque indépendant, se manifeste en effet selon un gradient continu définissant le concept d'inégalités sociales de santé¹¹⁻¹⁴. Ce gradient social est évident dans l'enquête HBSC¹⁵ (*Health Behaviour in School-aged Children*) qui, entre autres, compare les méthodes auxquelles les élèves avaient eu recours pour contrôler leur poids ou en perdre au cours des 12 derniers mois. Parmi 14 méthodes présentées, 6 sont considérées comme défavorables à la santé : sauter un repas, se limiter à un aliment ou groupe d'aliments, jeûner 24 h ou plus, fumer plus, se faire vomir et utiliser des pilules amaigrissantes ou laxatives. Plusieurs indicateurs permettent de rendre compte des disparités socio-économiques : le genre, le niveau d'aisance matérielle, le niveau d'aisance financière perçue, le statut migratoire, le statut des parents vis-à-vis de l'emploi et leur niveau d'éducation, ainsi que la structure familiale dans laquelle vit l'élève. Les méthodes défavorables à la santé étaient plus courantes parmi les élèves les moins favorisé.e.s, alors que les méthodes favorables (faire du sport, manger plus de fruits et de légumes et boire moins de boissons sucrées) concernaient tendanciellement plus les catégories d'élèves plus favorisé.e.s.

La mutualité Solidaris¹⁶ de même que l'ASBL FIAN¹⁷ ont bien mis en évidence que, même s'il est bien question d'un contexte socio-économique, il ne s'agit pas que d'une problématique financière et matérielle, mais que l'accessibilité pratique, informative, sociale et culturelle joue également un rôle fondamental¹⁷. L'accès à une alimentation de qualité suppose sa disponibilité, mais également la disposition des individus à choisir parmi l'offre alimentaire. Outre les enjeux de prix des denrées, l'éducation à l'alimentation, mais également les déterminants socio-culturels jouent un rôle prépondérant dans ce processus de choix.

Le gradient social est en fait constaté dans quasiment tous les domaines touchant à la santé, mis en évidence, notamment au travers de la série des indi-

cateurs sanitaires précédemment cités comme l'espérance de vie : le gradient en Belgique entre les groupes les plus favorisés et les plus défavorisés est de 8,9 ans pour les hommes et de 6,0 pour les femmes en 2019, augmenté à 9,3 pour les hommes et 6,3 pour les femmes en 2020, parallèlement à une diminution de l'espérance de vie, en partie due à l'épidémie de Covid-19¹⁸. Les chiffres relatifs à l'espérance de vie sans invalidité (EVS) sont encore plus impressionnants : gradient en 2011 de 10,5 années à l'âge de 25 ans, de 6,7 à 50 ans, de 2,5 à 65 ans pour les hommes, de 13,4, 7,7 et 4,6 années aux mêmes âges pour les femmes.

Le lieu de décès, un des éléments caractérisant la qualité de (la fin de) vie, montre les mêmes différences en fonction du statut socio-économique. Alors que la plupart d'entre nous désirerait faire son grand départ dans sa propre maison, entouré des siens¹⁹, la fréquence de décès en institution de soins (hôpitaux, MRS et maisons de repos) est d'autant plus importante que l'on descend dans les classes sociales. Ainsi les personnes appartenant à la classe la plus faible ont respectivement 17 % et 24 % plus de risque de ne pas mourir chez elles par rapport à la population de référence et à ceux de la classe la plus élevée : moins de moyens financiers, moins de réseau social, moins de recours aux services d'aide à domicile²⁰.

Les mêmes tendances reliant état de santé et statut socio-économique s'expriment à tous les niveaux d'échelle : de la plus petite à la plus grande. Au niveau mondial, une corrélation est également mise en évidence entre le PIB par pays et une série d'indicateurs de santé tels l'accès à l'eau potable, l'espérance de vie, la prévalence du SIDA, de la tuberculose, etc.

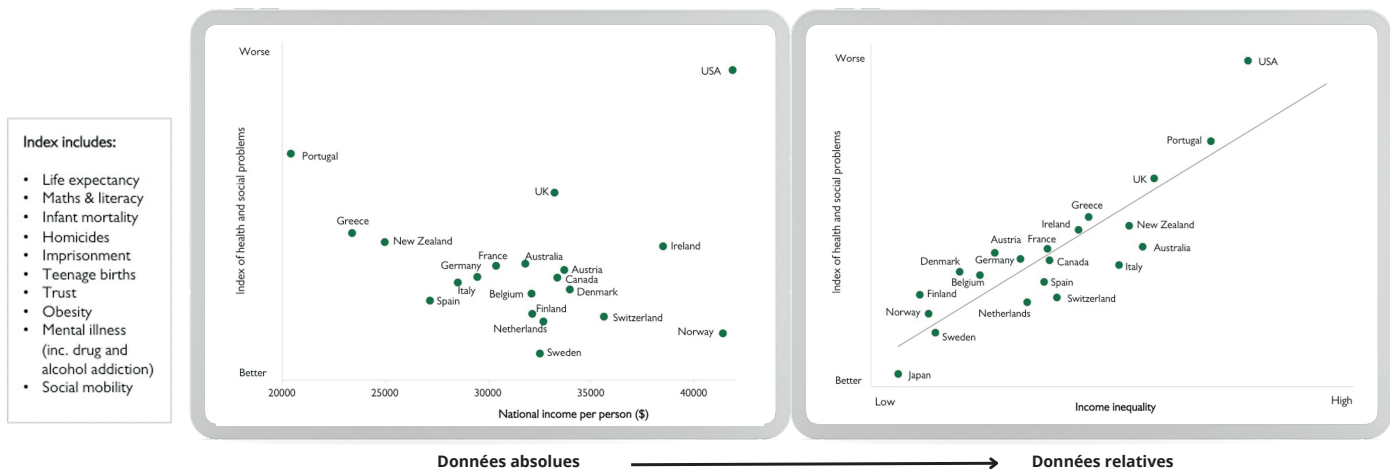
DE L'ABSOLU AU RELATIF

Les statistiques présentées jusqu'ici sont exprimées en chiffres absolus (par ex. le PIB) et concrétisent un premier modèle des chaînes causales explicatives de l'état de santé des individus et des populations, depuis l'échelon individuel jusqu'à l'entière des communautés et des collectivités (figure 2). Un pas supplémentaire a été franchi en mettant en évidence l'importance première du facteur inégalité qui constitue en soi le facteur prédictif majeur. Cette vision scientifique permet de transcender les conceptions naïves ou moralistes de l'inégalité associée seulement à la perception d'une injustice à corriger en fonction de valeurs humanistes positives. Ce paradigme, pour généreux qu'il soit, nécessite d'être dépassé au niveau de la santé publique parce que, simplement, l'inégalité a des effets néfastes sur la santé de toutes et tous, hommes et femmes, pauvres et riches, ... au-delà de toutes les stratifications sociales^{21,22}. Si, à l'intérieur des pays, l'impact des

II FIAN est l'organisation internationale des Droits humains qui promeut « le droit fondamental qu'a toute personne d'être à l'abri de la faim et d'avoir accès à une nourriture de qualité ».

Figure 2

Différence de corrélations entre une série d'indicateurs social-santé et le PIB par personne ou le degré d'inégalité salariale (d'après Wilkinson et Pickett, *The Spirit Level*, 2009).



D'après Wilkinson et Pickett, *The Spirit Level*, 2009

différences de revenus est très net (chaque échelon plus bas dans l'échelle sociale réduit par exemple d'autant l'espérance de vie), l'évidence est bien moindre entre les régions, pas seulement pour les indicateurs purement sanitaires, mais pour toute une série de proxy^{III} témoins du bien-être en général²³ : la littératie en santé, la mortalité infantile, le taux d'homicides, d'emprisonnement, de grossesses précoces, d'obésité, de maladies mentales en y incluant les addictions, la confiance dans la société, la mobilité sociale, etc.

L'explication de ce paradoxe tient au fait que le facteur significatif est le revenu relatif : ce qui compte à l'intérieur des sociétés, c'est l'importance des différences des niveaux sociaux. Si la variable prédictive est le degré d'inégalité (estimé par exemple au travers d'un indicateur tel le coefficient de Gini^{IV}), la corrélation devient alors parfaite pour les différentes variables étudiées et la causalité est très probable vu le décalage temporel entre elles.

Ce qui ressort également de l'analyse des chiffres qui ont amené à considérer le facteur inégalité comme prépondérant, c'est que celle-ci nuit à tous les membres d'une communauté et pas seulement aux moins nanti.e.s d'entre eux.elles, probablement parce qu'une société inégalitaire génère plus de stress, plus de violence dans les rapports sociaux entre tous.toutes²⁴. Les conséquences en sont très politiques, montrant bien la nature plurielle de la médecine sociale et de la santé publique :

- L'enrichissement d'un pays s'accompagne d'une détérioration de sa situation sanitaire et sociale si seuls les riches deviennent plus riches ;

- À revenu moyen identique, une population marquée par les inégalités souffre nettement plus qu'une population plus égalitaire et son état de santé global est moins bon ;
- Les inégalités n'affectent pas que les pauvres ; même la santé des plus aisé.e.s est moins bonne dans une société inégalitaire, notamment en matière de santé mentale.

Enfin, en matière d'inégalités, des variations territoriales dans les services de santé ont été documentées dans un large éventail de domaines, tels l'accès, les normes ou la qualité des soins, la consommation des médicaments, la chirurgie, la prestation et l'organisation des services, la qualité des diagnostics, les tests utilisés en médecine générale, l'imagerie médicale, la qualité des références et des traitements, ainsi que leurs résultats. Un article récent²⁵ en fait une synthèse exhaustive et tente de leur identifier une éventuelle cause commune. Et il semble bien, qu'au-delà des facteurs épidémiologiques, démographiques, sociologiques et logistiques (allocation des ressources) bien connus, l'élément géographique en tant que tel est également un facteur déterminant indépendant. Il se manifeste au travers de variations importantes dans la quantité (sur- et sous-utilisation) et la qualité des actes et des procédures de soins, tous autres éléments égaux par ailleurs. Sa nature profonde reste hypothétique mais l'éthique des professionnel.le.s de santé et des structures de soins paraît en constituer le point commun comme le suggère l'analyse des données sous l'angle des quatre piliers fondant l'éthique, individuelle²⁶ et de santé publique²⁷ : la bienfaisance, la non malfaisance, la justice et la garantie de l'autonomie.

III Une variable proxy (ou de substitution) est une variable qui n'est pas significative en soi mais qui remplace la variable primaire (ici le bien-être en général) non ou difficilement observable.

IV L'indice - ou coefficient - de Gini est un indicateur synthétique permettant de rendre compte du niveau d'inégalité pour une variable (par ex. revenus, salaires, niveau de vie) et sur une population donnée. Il varie entre 0 (égalité parfaite) et 1 (inégalité extrême).

DES INÉGALITÉS AUX VULNÉRABILISATIONS

Les facteurs socio-économiques apparaissent donc très clairement comme des déterminants importants, les plus importants même, comme des éléments prédictifs de l'état de santé des individus pris un par un et des communautés prises collectivement. Ils constituent des facteurs de risque, innés ou acquis, susceptibles de faire entrer, sortir ou rester dans une situation de vulnérabilité dont le mauvais état de santé constitue un indicateur. La vulnérabilité (fragilité, précarité) consiste en l'aptitude d'un être à subir une situation de faiblesse à la suite d'un événement, naturel ou anthropique. Il est ou risque d'être affecté, diminué ou altéré²⁸.

Le concept de vulnérabilité en tant que tel souffre de limites pratiques et théoriques : il est utilisé dans des domaines fort différents, il définit des frontières fixes et statiques dans une perspective plutôt quantitative ; il ne prend en compte qu'un nombre limité d'interactions simples en négligeant les multiples synergies, antagonismes et rétrocontrôles complexes ; il mène à la catégorisation avec le risque sous-jacent de stigmatisation ; il omet l'impact et la compréhension de phénomènes provisoires ou définitifs, inducteurs de réactions au changement.

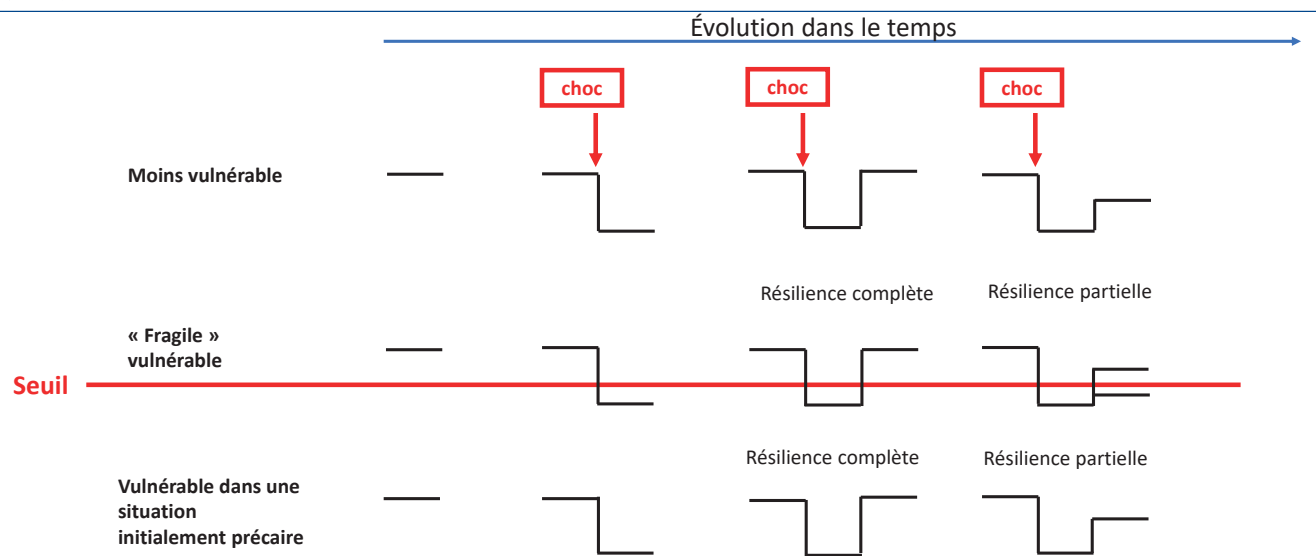
Car même si tout un chacun dispose à sa naissance d'un capital de résistance à la vulnérabilité lié à sa famille, sa culture, son hérité, son milieu social, etc., ce capital de résistance peut évidemment varier

en plus ou en moins selon les événements, les épisodes de vie, les chocs, les relations rencontrés. Le terme dynamique de vulnérabilisation devrait dès lors remplacer celui plus statique de vulnérabilité. La vulnérabilisation est donc un processus aboutissant à tout moment à un état ponctuel, dépendant de trois éléments combinés : la condition initiale ou sous-jacente, l'exposition à un risque individuel ou collectif ou à un choc susceptible d'affecter la santé et le bien-être, la capacité à gérer ces risques et leurs conséquences²⁹ (figure 3).

Plusieurs études ont évalué les actions et programmes d'intervention menés par les milieux associatifs humanitaires en fonction du paramètre vulnérabilité^{30,31}. Elles ont permis d'affiner certaines des grandes catégories génériques du modèle de Solar et Irwin, repris par l'OMS (figure 1) au travers de sous-catégories tels l'enfance (surtout la toute petite enfance et les jeunes en situation de marginalisation), le genre féminin (surtout les femmes enceintes et les familles monoparentales), la vieillesse (surtout le grand âge), les maladies chroniques (dont toutes les addictions), l'immunodépression, la pauvreté (surtout la grande précarité), la malnutrition, le sans-abrisme, la migration et l'exil, le statut illégal (des sans-papiers par ex.), le travail du sexe, etc. Apparaît alors une nouvelle sous-catégorie de population (hyper)vulnérable : les invisibilisé.e.s. Ces dernier.ère.s ont fait l'objet d'une étude concernant les effets sociaux de la crise sanitaire du Covid-19 et de sa gestion politique dans la

Figure 3

Cadre conceptuel pour l'analyse de la vulnérabilité : états initiaux et finaux après exposition à un risque social inattendu (choc).



Seuil de bien-être socialement acceptable (seuil de pauvreté, critères de qualité de vie, échelles de condition sociale, etc.)

3 catégories :

- **Moins vulnérable** : personne protégée contre une perte de bien-être ; l'exposition au risque peut causer un déficit de bien-être mais la situation finale reste socialement acceptable
- **« Fragile » vulnérable** : personne exposée à une perte de bien-être qui n'est pas socialement acceptable, mais qui peut ou pas le recouvrer
- **Initialement précaire** : personne qui présente un niveau de bien-être qui est déjà inférieur au seuil acceptable, un choc pouvant encore accentuer la situation

Région de Bruxelles³². Ce sont celles et ceux, encore plus que les autres, qui ont subi de plein fouet les conséquences de l'épidémie en raison du cumul de tous les facteurs de risque souvent associés. S'en est suivi une aggravation supplémentaire de leur statut vulnérable (choc supplémentaire de la crise, vulnérabilisation additive, résilience amoindrie et aggravation des inégalités sociales de santé comme dans le modèle conceptuel).

INTERSECTIONNALITÉ ET « ONE HEALTH »

Souvent donc plusieurs facteurs de risque coexistent, se multipliant les uns les autres dans une construction dialectique plutôt que s'additionnant, pour constituer *in fine* le concept construit d'intersectionnalité. L'intersectionnalité est une approche sociologique et politique se référant à la situation de personnes subissant simultanément plusieurs formes de stratification, de domination ou de discrimination dans une société : le racisme, le sexisme, le classisme, le validisme, l'homophobie, la transphobie et d'autres. Les éléments les plus communément rassemblés sont le genre et la « race » (l'ethnie), depuis la définition de la perspective dans les années '80 dans les milieux féministes afro-américains noirs³³.

« Cette grille de lecture intersectionnelle prend le contre-pied d'une approche selon laquelle les rapports inégalitaires seraient des entités indépendantes les unes des autres et dont les effets sur le vécu des individus s'additionneraient. Elle postule au contraire que ces rapports, étroitement imbriqués au sein d'une matrice de domination, interagissent et se construisent mutuellement »³⁴.

L'intersectionnalité concerne l'articulation des rapports sociaux. Elle dépeint les rapports asymétriques dans les logiques structurelles d'inégalités.

L'intersectionnalité remplit la boîte noire du modèle des déterminants sociaux de la santé et du bien-être (figure 1). Celui-ci a en effet l'avantage d'identifier et de démontrer les causes structurelles fondamentales (indirectes) des causes visibles (directes), par ex. comportementales, en dessinant la chaîne des causes des causes : que l'on meure de malnutrition ou de tabagisme, de syphilis, de tuberculose ou de diabète, la causalité initiale est l'inégalité relative. Le modèle compris en un sens intersectionnel s'essaie, lui, à aller un cran plus loin, en identifiant et précisant les dynamiques d'inégalité (donc de vulnérabilisation) selon les statuts sociaux (classe sociale, genre, âge, appartenance ethnoraciale, orientation sexuelle, statut valide ou porteur d'handicap), selon qu'on soit homme.femme et/ou de couleur et/ou musulman.e et/ou migrant.e. par ex.

Le modèle appréhendé sous cette approche intersectionnelle tente donc de décrypter l'imbrication des différents facteurs de risque et de voir comment le social devient physique et biologique au travers de la santé et de la maladie, comment s'incorporent aux individus et aux populations tous les facteurs de risque et les déterminants qui les touchent.

La perspective est éco-sociale³⁵ : il ne s'agit plus seulement de la simple influence de l'environnement naturel et culturel sur les personnes et les communautés, mais d'interactions et de rétroactions permanentes, multiples, dynamiques, du niveau le plus micro- au niveau le plus macro-, dans un réseau si dense et si touffu qu'il devient difficile sinon impossible de séparer la matérialité biologique d'un individu de l'être social qui est produit. L'effacement nature/culture est anti-essentialiste. Le modèle qui en découle ajoute de la complexité sous forme de relations causales multidirectionnelles impliquant tous les écosystèmes, structurels et anthropiques, dans la lignée des méthodes développées à la fois en sciences dures et en sciences humaines et qui mettent en avant la méthode de la pensée complexe³⁶. Celle-ci comprend le principe de l'auto-éco-organisation, c'est-à-dire la capacité d'un système à être autonome et à interagir avec son environnement. L'être vivant, en particulier, est considéré comme assez autonome pour interagir avec son environnement, afin d'en extraire les éléments d'information nécessaires pour sa propre organisation.

Les conséquences épistémologiques de cette façon de voir sont majeures en ce qui concerne les inégalités sociales de santé, puisque le statut socio-économique, même s'il en est sans doute un des éléments le plus important, coexiste avec de nombreux autres, ceux que l'approche intersectionnelle prend justement en compte. Dès lors, la relation entre statut socio-économique et situation de santé n'est plus simplement linéaire selon un gradient continu. Elle est multiconditionnée aboutissant plutôt à un nuage de points autour de chacun des points de l'échelle sociale ou de l'inégalité, témoin de la complexité de la problématique.

In fine, un paradigme relativement nouveau, exprimé au début des années 2000, tente la synthèse intégrée et unifiée de tous les précédents aux échelles locales, nationales et planétaire pour, notamment, mieux prendre en compte et en charge les maladies émergentes à risque pandémique³⁷ : « One Health » (une seule santé). Y coexistent dans un syncrétisme cohérent : 1) la santé humaine (des soins curatifs jusqu'à la santé publique en balayant la promotion de la santé, la prévention, la santé communautaire, l'éducation pour la santé, la réhabilitation, ... pour tous les citoyens-patients, spécialement ceux bénéficiant des interventions des travailleurs de santé) ; 2) la santé animale (des populations sauvages aux élevages domestiques intensifs) ; 3) l'ensemble des écosystèmes de toutes tailles et de toutes natures (structurels, environnementaux et humains).

DE LA MÉDECINE SOCIALE AUX POLITIQUES PUBLIQUES

Tous les éléments précédents, d'abord suspectés intuitivement puis démontrés rigoureusement, n'ont pas pour vocation de constituer un corpus de connaissances théoriques statiques. Au contraire, cet ensemble de concepts doit être la base opérante

d'une vision pragmatique de changement, la justification morale, humaniste et même utilitariste d'actions sociétales majeures, au départ du domaine social-santé mais jusqu'à toute la superstructure de l'État. C'est, en effet, en fonction de la manière dont la société est organisée pour produire de façon macrostructurelle les biens dont elle a besoin (ici le système social-santé produisant des services d'aide et de soins) que son cadre juridique, politique et idéologique sera construit. Et au-delà des valeurs qui la portent, les politiques publiques gagnent à s'appuyer sur des fondations scientifiques (« *evidence-based policy* »). Celles-ci peuvent se décliner à trois niveaux, du plus générique (la société dans son ensemble) au plus spécifique (le système de santé), en traversant le niveau intermédiaire de la sécurité sociale.

Le premier niveau d'intervention concerne l'organisation globale des rapports politiques du vivre ensemble. Ils sont évidemment les plus importants, prioritaires par nature, parce qu'ils conditionnent toutes les relations sociales entre celles et ceux qui forment communauté, de l'échelon local à la Belgique, à l'Europe et même au monde entier. L'aggravation des inégalités à l'intérieur de quasiment tous les pays questionne en effet la persistance du système qui les construit : le règne de l'argent et du profit, l'économie de marché et le libéralisme mondialisé, dont presque tout le monde aujourd'hui s'accorde à reconnaître les limites fondamentales intrinsèques. En Belgique, les indicateurs d'inégalité, notamment le coefficient de Gini^V (avec les réserves qui le concernent), restent assez stables : 25,2 en 1985, 27,2 en 2019 (selon la Banque mondiale), mais cela alors que les marges bénéficiaires^{VI} des entreprises ont atteint des sommets au 2^e trimestre 2022 (45,2% selon la Banque nationale) et que le taux de base de l'impôt des sociétés ne cesse de diminuer. Dans ce contexte d'aggravation des inégalités socio-économiques, la privatisation des soins de santé et des assurances maladie affaiblit non seulement la gestion collective des enjeux de santé publique et des droits aux soins mais elle entrave également l'accès général aux soins de santé de qualité³⁸. La réduction des inégalités sociales et de santé passera par des politiques qui travaillent à réduire les écarts inégalitaires.

Le deuxième niveau envisageable est celui de l'ONSS, l'Office national de la Sécurité sociale, un des fleurons de la Belgique, dont les initiateurs ont d'emblée, dès sa création en 1944, compris la profonde intrication du social et de la santé. La structure qui en a résulté est pilariée en 7 différentes branches. Coexistent à côté des soins de santé (l'INAMI), les pensions, le chômage, les accidents du travail, les maladies professionnelles, les allocations familiales et les vacances annuelles. Un pas supplémentaire a été franchi en 1995 lorsque le système de la Gestion Financière Globale a été mis sur pied. Par ce système,

l'ONSS englobe les moyens financiers alloués à la sécurité sociale des travailleurs et les répartit entre les secteurs en fonction de leurs besoins. Il serait dès lors possible de réfléchir à une autre répartition de l'enveloppe globale entre les différentes branches dans la mesure où les déterminants de la santé sont beaucoup plus largement sociaux (non-médicaux), que liés au système de soins.

Et le troisième niveau concerne directement le domaine sanitaire au travers du long continuum qui caractérise toutes les problématiques de santé : la promotion de la santé, la prévention primordiale, primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire, le curatif (soins de premier, deuxième et troisième niveau) et le palliatif, la réhabilitation et la revalidation, avec une efficacité relative décroissante. Il y a donc beaucoup plus à attendre de la promotion de la santé et de la prévention que des soins curatifs.

La promotion de la santé est l'ensemble des processus qui confèrent aux populations les moyens de mieux maîtriser les déterminants de la santé qui les concernent, d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé (*empowerment*) et d'améliorer celle-ci³⁹. La prévention est divisée en plusieurs séquences⁴⁰ : primordiale (l'ensemble des mesures prises pour modifier les déterminants de la santé et ainsi diminuer l'impact négatif des facteurs environnementaux, économiques, sociaux, comportementaux, ou culturels qui augmentent l'incidence de la maladie), primaire (qui agit en amont de la maladie, comme la vaccination et toutes les actions sur les facteurs de risque), secondaire (qui agit à un stade précoce du processus morbide pour en freiner ou même en arrêter l'évolution, l'objectif des dépistages), tertiaire (qui agit sur les complications et les risques de récurrence) et quaternaire (l'ensemble des activités de santé pour atténuer ou éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé). Les soins curatifs comprennent les traitements et thérapies fournis à un patient dans le but principal de résoudre complètement sa maladie, tandis que les palliatifs visent à le soulager, éventuellement jusqu'à un acte d'euthanasie. Les soins de réhabilitation, eux, rassemblent les processus qui visent à ramener un patient à l'état de santé le plus proche possible de celui qui était le sien avant sa maladie.

Malgré le grand intérêt de la prévention, non seulement sur le plan sanitaire mais aussi d'un point de vue économique, puisque le rendement général des investissements dans ce domaine présente un rapport de 4 euros récupérés sur 1 euro investi, elle est peu soutenue par notre système de santé dans la mesure où l'ensemble des moyens qui lui sont consacrés en Belgique représente 2,1% des dépenses totales de santé, ce qui place notre pays en-dessous de la moyenne européenne de 3%⁴¹. Dans une optique

V Le coefficient de Gini varie entre 0 et 100; plus l'inégalité est importante, plus il est élevé.

VI La marge bénéficiaire est la différence entre le prix de vente et le coût de revient d'un produit.

de santé publique et de diminution des inégalités, il serait indiqué d'opérer une série de virages de modèles : favoriser un changement de paradigme en faveur de soins de santé intégrés et préventifs ; promouvoir des systèmes de financement et des politiques qui favorisent la prévention ; faire de la prévention un élément de toute interaction avec les soins de santé. Pour reprendre l'exemple de l'obésité, le niveau sociétal macro- devrait prendre toutes les

mesures favorisant une alimentation saine et accessible, des écosystèmes locaux naturels, un modèle de consommation moins marchand, etc. et cela dès l'enfance au sein de l'école jusqu'à la politique agro-alimentaire globale européenne. Les liens sont alors établis avec le niveau micro- de la promotion de la santé, de la prévention de l'obésité, du dépistage du diabète et de son traitement précoce, etc.

CONCLUSION

Pour conclure, se demander si la médecine est sociale revient à interroger les dimensions sociales de la santé et du bien-être des individus et des populations. La médecine englobe médecine individuelle et santé publique puisqu'elle concerne tout à la fois soins des individus et soins des populations. En considérant l'engagement éthique et professionnel des soignant.e.s en tous temps et en tous lieux, en prenant en compte et en transcendant les différents modèles qui ont permis d'avancer dans les origines, la détermination et peut-être même la causalité de l'état de santé et de bien-être des individus et des populations, on peut affirmer que la médecine est sociale, elle est profondément et entièrement sociale.

Le terrain d'expertise de la médecine et des soins est traversé par des déterminants non médicaux. Les inégalités de santé sont les fruits de rapports sociaux et les écarts relatifs d'inégalités ont des conséquences sanitaires et sociales importantes. Ces inégalités sociales de santé participent des processus de vulnérabilisation de populations qui cumulent les facteurs de risque. Les approches intersectionnelle, écosociale et de *One Health* permettent alors d'appréhender la complexité des problématiques sociales de santé.

Le social est partout, constituant le socle de toute élaboration conceptuelle dans la compréhension et de toute construction pragmatique dans l'action. Puisque les facteurs socio-économiques structurels et les rapports sociaux sont les éléments les plus importants expliquant les déterminants de la santé, il est important de faire percoler les concepts d'inégalités sociales de santé, d'intersectionnalité, de complexité et l'approche sociale de la médecine dans la société dans son ensemble. Ces concepts et approches doivent devenir des moteurs d'action politique, en donnant les clés prioritaires pour ouvrir les verrous de la vision médico-centrée de la santé et du bien-être. L'approche globale et sociale de la médecine soutient le développement de politiques publiques qui travaillent à prévenir et à réduire de façon structurelle les écarts qui continuent à creuser les inégalités.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Référentiel CanMEDS. Collège royal des Médecins et des Chirurgiens du Canada, 2006. Consulté le 03/12/2022. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-f>
2. Ladner J, Maherzi A, Poitevien G, Pestiaux D, Grand'Maison P, Gomès J *et al.* La responsabilité sociale des facultés de médecine francophones: organisation, résultats et leçons apprises du projet de recherche-action international des facultés de médecine francophones. *Pédagogie Médicale* 2016; 16(3): 189-200. <https://doi.org/10.1051/pmed/2016004>
3. Sciensano, enquête de santé sur l'état nutritionnel, 2018. https://www.sciensano.be/sites/default/files/ns_report_2018_fr_v3.pdf
4. OCDE, Etat de santé dans l'Union européenne, Profil de santé de la Belgique, 2020 et 2021.
5. Stronks K, Mackenbach JP. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *Eur J Public Health*. 2006;16(4):346-53.
6. Stronks K, Van De Mheen H, Looman CWN, Mackenbach JP. Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociol Health Illn*. 2008;18(5):653-74.
7. Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahelma E. Socioeconomic status and smoking: analysing inequalities with multiple indicators. *Eur J Public Health*. 2005;15(3):62-9.
8. Cantoreggi N. Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Rapport final 2010. Consulté le 05/12/2022. https://perruchenaautomne.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/09/100806_GRES_Schlussbericht-Gesundheitsdeterminanten.pdf
9. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Article de discussion pour la Commission sur les déterminants sociaux de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
10. Glinianaia SV, Ghosh R, Rankin J, Pearce MS, Parker L, Pless-Mulloli T. No improvement in socioeconomic inequalities in birthweight and preterm birth over four decades: a population-based cohort study. *BMC Public Health*. 2013;13:345.
11. Marmot MG. Understanding social inequalities in health. *Perspect Biol Med*. 2003 Summer;46(3 Suppl):S9-23.
12. Marmot MG, Wilkinson R (Eds.). *Social determinants of health*. Oup Oxford 2005.
13. Marmot M.G. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104.

14. Willems S, Van de Geuchte I, Impens J, De Maeseneer J, Alaluf V, Van Nespren I *et al.* Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. *Santé conjuguee*. 2007;40:25-34.
15. Enquête HSBC 2018. SIPES ULB (Service information, promotion, éducation santé), 2018. Consulté le 28/11/2022. <https://sipes.esp.ulb.be/publications>
16. Biernaux M. Alimentation et inégalités sociales de santé: l'accès à une alimentation de qualité en question. *Solidaris*;2020. Consulté le 02/12/2022. https://www.fian.be/IMG/pdf/bts2020-05-web-2.2-inegalites-martin-biernaux-p32_36.pdf
17. FIAN Food First Information and Action Network. Systèmes alimentaires, nutrition et santé, 2020. Consulté le 02/12/2022. <https://www.fian.be/Alimentation-et-inegalites-sociales-de-sante-l-acces-a-une-alimentation-de#nb4>
18. Vers une Belgique en bonne santé. Site officiel www.belgium.be 2022. Consulté le 03/12/2022. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante>
19. Steiner N. Mourir à la maison: un désir, un défi pour les soins palliatifs. *Cairn Info, InfoKara*. 2002;17:45-7.
20. Cornelis K, Gillis O, Mertens R, Avalosse H. Inégalités sociales de santé: observations à l'aide de données mutuellistes. *Education Santé*. 2009.
21. Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health, Health inequalities: relative or absolute materials standards? *BMJ*. 1997;314:591-5.
22. Wilkinson RG. Income inequality and population health. *BMJ*. 2002;324:978.
23. Wilkinson RG, Pickett K. *Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London:Eds Allen Lane;2009.
24. Wilkinson RG (propos recueillis par Merckaert J.). Les inégalités nous rendent malades. *Revue Projet*. 2014;4(341):52-7.
25. Hofmann, B. Ethical issues with geographical variations in the provision of health care services. *BMC Medical Ethics* 2022; 23(1): 127. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00869-7>
26. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Eds Oxford University Press (7th ed.), Oxford, 2013.
27. Ravez L. *Introduction à l'éthique de la santé publique*. Montpellier:Eds Sauramps Médical;2020.
28. Liendle M. Vulnérabilité. Dans: Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 304-306). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers;2012. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0304>
29. Zarowsky C, Haddad S, Nguyen VK. Beyond 'vulnerable groups': contexts and dynamics of vulnerability. *Glob Health Promot*. 2013;20(1 Suppl):3-9,80-7,92-9.
30. Adam C. Santé et vulnérabilité sociale: le point de vue du généraliste. *Revue Humanitaire (enjeux pratiques et débats)*. 2013;36:44-51.
31. Observatory Report. Unheard, unseen and untreated: health inequalities in Europe today. *Médecins du Monde*. 2021. Consulté le 05/12/2022. https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/2021ObservatoryReport_final_o.pdf
32. Fortunier, C, Rea, A. Les personnes précarisées et invisibilisées face au COVID-19 en Région bruxelloise, Rapport de recherche. GERME, Université libre de Bruxelles;2022.
33. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex. *A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum. 1989;139-67.
34. Carde E. Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*. 2021;39:5-30. Consulté le 05/12/2022 (Cairn Info). <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0189>
35. Nancy Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. 2001;30:668-77.
36. Morin E. *La complexité humaine*. Paris:Flammarion, coll. Champs et Essais;2008.
37. Karesh W, Cook R. One world-one health. *Clinical medicine (London, England)*. 2009;9:259-60.
38. Unger JP, De Paepe P. Commercial Health Care Financing: The Cause of U.S., Dutch, and Swiss Health Systems Inefficiency? *Int J Health Serv*. 2019;49(3):431-56.
39. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS, conférence internationale;1986.
40. Jamoulle M, Roland M. In An international glossary for general/family practice. Bentzen N, Bridges-Webb C. *Fam Pract*. 1995;12(3):267. doi: 10.1093/fampra/12.3.267.
41. Mutualités Libres. Investir dans une politique de prévention ambitieuse et intégrée. Site web consulté le 11/12/2022. <https://www.mloz.be/fr/content/investir-dans-une-politique-de-prevention-ambitieuse-et-integree>

Travail reçu le 18 décembre 2022 ; accepté dans sa version définitive le 26 mars 2023.

AUTEUR CORRESPONDANT :

M. ROLAND
DMG/CUMG ULB
Campus Erasme - CP 612
Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles
E-mail : michel.roland@ulb.be