

Sommes-nous égaux face aux changements de comportements ?

Société Française de Santé Publique, FNES

Colloque prévention, 14 décembre 2010

Pierre Lombraïl (Nantes).

Plan de l'intervention

La santé publique a le mandat d'améliorer l'état de santé de (*toute*) la population (loi de 2004)

Elle est d'abord préoccupée par la réduction du « fardeau » que certains facteurs de risque font peser sur la santé, notamment en termes de mortalité (prématurée) évitable

Elle véhicule ce faisant des normes de comportements et de bonne santé diversement partagées, en miroir de la stratification sociale des « comportements à risque » (« responsabilisation » et stigmatisation)

Avec une efficacité relative, voire des effets secondaires, selon l'appartenance sociale des personnes concernées, d'autant plus qu'elle néglige les opportunités d'action au niveau du système de soin

→ Faut-il et peut-on en tenir compte ? ...
2

Loi du 9 août 2004

Relative à la politique de santé publique

Article 2 : « La politique de santé publique concerne :

- La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants
- La lutte contre les épidémies
- **La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités**
- L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes
- **L'information et l'éducation à la santé de la population** et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et les risques sanitaires » .../...

Réduire les risques et promouvoir une vie saine (OMS, 2002)

- Dix principaux facteurs de risque (et leur charge morbide *dans les pays occidentaux : vérifier*) :
 - Tabagisme (12,2%)
 - Hypertension artérielle (10,9%)
 - Abus d'alcool (9,2%)
 - Hypercholestérolémie (7,6%)
 - Excès de poids corporel (7,4%)
 - Apports insuffisants en fruits et légumes (3,9%)
 - Sédentarité (3,3%)
 - Consommation de drogues illicites (1,8%)
 - Pratiques sexuelles dangereuses (0,8%)
 - Carence en fer (0,7%)

Réduire la mortalité prématurée

Schroeder SA. We can do better. Improving the health of the American people. N Engl J Med 2007; 357:1221-1228.

- Les facteurs contribuant à la mortalité prématurée (survenant avant 65 ans) seraient :
 - Pollution (environnement) : 5%
 - Mauvais accès aux soins : 10%
 - Conditions sociales défavorables : 15%
 - Prédispositions génétiques : 30%
 - Conduites individuelles (**tabagisme**, mauvaise alimentation, manque d'exercice physique) : 40%

Réduire la mortalité prématurée : « le paradoxe français »

Haut Comité de la Santé Publique, 1^{er} rapport sur la santé en France, 1994

60 000 décès évitables en France chaque année

- *2/3 rapportés à des risques « individuels »*
- *1/3 liés au fonctionnement du système de soins*

Part individualisable collective de la prévention dans les dépenses de santé $\cong 2\%$ ($\cong 6\%$ en tout ?)

Loi du 9 août 2004

Relative à la politique de santé publique

Article 2 : « La politique de santé publique concerne (suite):

- L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer
- **La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé**, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire
- La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé
- **L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention** et de prise en charge des maladies et handicaps
- La démographie des professions de santé. »

Ce que pointe la mortalité évitable : les Inégalités Sociales de Santé liées à des comportements « individuels » à risque

- Cancers des voies aéro-digestives supérieures : alcool + tabac (surtout chez l'homme)
- Cancer du poumon : tabac (hommes et femmes)
- Morts violentes (accidents et suicides) : alcool (surtout chez les hommes)

- Au-delà, les ISS pointent « SNAP » (Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical exercise), des « facteurs de risque » relevant de **comportements individuels** mais **dont la stratification sociale est avérée**

Les constats du « rapport Flajolet »

Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. 2008. 1 : le constat

- Une France en retard comparée à ses voisins européens sur certains indicateurs sanitaires
- La réparation : cœur d'une médecine individualisée et de la prévention
- La connaissance : fragmentée, dense et difficilement exploitable,
- **Des populations qui s'impliquent mal ou pas dans « la prévention de leur santé »**
- Absence de politique générale de prévention mais des germes prometteurs

Les orientations du « rapport Flajolet »

Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. 2008. 1 : une définition (1)

Gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie. L'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique est **déclenchée par un ou des professionnels**. Une participation active de la personne, ou du groupe ciblé, est systématiquement recherchée. (...)

La politique de santé publique : un nouvel « entrepreneur de morale » ?

- « La notion de droit à la santé devrait être remplacée par l'idée d'une obligation morale pour chacun de nous de préserver sa santé, une sorte de devoir public ».

Knowles JH. The Responsibility of the Individual. *Daedalus* 1977;106:57-80.

Cité par Peretti-Watel et Moatti (p23) dans *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Seuil, La République des idées, Paris 2009.

Un « entrepreneur de morale » ... d'efficacité variable

- Entre 2000 et 2008, la prévalence du tabagisme a significativement reculé chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (de 36% à 27%), alors qu'elle restait quasiment stable chez les ouvriers en activité professionnelle (de 45% à 43%) et augmentait chez les chômeurs (de 44% à 49%).

● (*Baromètre santé INPES*)

Un « entrepreneur de morale » ... d'efficacité variable, voire délétère

- « En 2000, les 10% de fumeurs les plus pauvres consacraient en moyenne 25% de leurs revenus au tabac, cinq ans plus tard, cette proportion est passée à 31%.
- A priori, c'est pour les fumeurs pauvres que la lutte contre le tabagisme [serait] la plus bénéfique mais à condition qu'elle soit suffisamment efficace pour leur permettre d'arrêter de fumer ».
- Jean-Paul Moatti. La prévention des cancers réduit-elle ou aggrave-t-elle les inégalités de santé ?
Contact santé 2010;231:35-36.

Sommes-nous tous égaux face aux risques ?

- Inégalités de santé liées aux comportements : risque de stigmatisation du fait que
 - certains comportements à risque (ou leurs conséquences, ex : surpoids) sont plus fréquents dans les classes « populaire » ou moyenne,
 - ils sont profondément addictifs (tabac),
 - ils renvoient à des représentations / normes décalées par rapport aux prescriptions de la santé publique ,
 - et ils sont inscrits dans un déterminisme plurifactoriel alors que la prévention traditionnelle ne s'intéresse pas suffisamment aux « causes des causes », à savoir les déterminants sociaux de ces comportements.

Stigmatisation

- « 58% des personnes interrogées considèrent que la lutte anti-tabac donne une mauvaise image des fumeurs, 59% jugent que la lutte contre l'abus d'alcool donne une mauvaise image des consommateurs d'alcool et 43% que la prévention donne une mauvaise image des personnes qui n'ont pas de bonnes habitudes alimentaires ».
- Enquête de l'INPES, réalisée en 2008, sur un échantillon de 2000 personnes âgées de 18 à 75 ans. Citée par Peretti-Watel et Moatti (p23) dans Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives. Seuil, La République des idées, Paris 2009.
- Les conduites à risque seraient-elles devenues à ce point « blâmables, révélatrices d'une infériorité morale » et la prévention participerait-elle « à la dévalorisation, voire au rejet des personnes qui adoptent ces conduites » ? (Peretti-Watel et Moatti, ibidem)

Une autre vision des risques

- « Le risque majeur auquel beaucoup d'individus sont confrontés aujourd'hui, c'est de ne pas être à la hauteur (...). Ainsi, le culte de la performance, sur lequel s'appuient parfois les messages préventifs, peut inciter à s'engager dans des pratiques à risque [comme le dopage] ».
- « **Les conduites à risque sont souvent fonctionnelles :** pour l'individu qui s'y adonne, elles répondent à des besoins (même s'ils ne sont pas reconnus comme tels par la société) ».
- Ainsi, « parmi les fumeurs interrogés par l'INPES en 2008, les cadres et les professions intellectuelles supérieures fument d'abord pour le plaisir et par convivialité, tandis que la première motivation des ouvriers et des employés est de combattre le stress ».

- Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives. Peretti-Watel et Moatti. Seuil, La République des idées, Paris 2009.

Une autre vision des risques

- Le tabac comme partie intégrante de la « culture populaire », un « plaisir de la vie » dont on ne saurait se passer, même (surtout ?) en cas de difficulté ?
- 34% des fumeurs estiment que les médias exagèrent les dangers du tabagisme, et 22% jugent qu'ils diffusent des informations basées sur des résultats scientifiques qui ne sont pas fiables ; les 2/3 des consommateurs quotidiens d'alcool relèvent que beaucoup de personnes boivent de l'alcool sans jamais en pâtir.

- In Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives. Peretti-Watel et Moatti.

- Seuil, La République des idées, Paris 2009.

Au moins, le système de soins est plus tolérant... Inégalités sociales de santé et soins préventifs : un « exemple » hospitalier

Pascal J., Abbey-Huguenin H., Leux C., Lombrail P., Lert F. Social vulnerability and unmet preventive care needs in outpatients of two French public hospitals. Eur J Public Health 2009;19:403-411.

	« Précaire* » (%)	« Non Précaire » (%)	P
Fument actuellement	62	50	<0,01
Si oui, intention d'arrêter	35	44	<0,01
Si oui, aide proposée	16	17	0,72
Si oui, aide suivie ?	7	13	0,11
Alcool :			
Consommateur à risque (CAGE>2)	32	18	<0,01
Besoin de diminuer	23	13	<0,01
Si oui, aide proposé	37	38	0,963

Précaire : absence de protection sociale complémentaire, difficulté à payer ses médicaments.

Pascal J, Abbey-Huguenin H, Agard C, Asseray N, Billaud E, Baron D, **Lombrail P**. Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale à l'hôpital. Presse médicale 2004 ; 33 : 657-662.

Prévention : dans quel but ?

« L'idée même de prévention en santé devrait suggérer que l'on se situe en amont de la maladie ».

(Arwidson. Prévention. In Santé publique. L'état des savoirs. Sous la direction de Fassin et Hauray. INSERM, La Découverte, Paris, 2010, 536p)

Mais dans quel but ?

- Cherche-t-on (seulement) à prévenir ce qui peut l'être (mauvaise santé, dépenses de santé) par une maîtrise des risques ?
- Et (ou) cherche-t-on à promouvoir le bien-être, à renforcer des compétences et l'autonomie des personnes ?
- Ex : La prévention des maladies cardio-vasculaires et des cancers dès l'école primaire : « Être & Savoir, l'école de la santé », évaluation d'une intervention sur 2207 enfants. Grondin et coll RESP 2008.

Promouvoir l'arrêt du tabac : bien sûr, mais avec une stratégie globale, qui vienne notamment en aide aux fumeurs les plus en difficulté. À court terme...

- 1) Changer le paradigme du soin...
 - L'attention aux soins préventifs est globalement insuffisante (l'aide au sevrage tabagique dans ce cas).
 - Une prise en charge indiscriminée laisse perdurer des inégalités de soins (alors qu'il faudrait aller au-devant d'une attente d'aide, sans l'imposer).
 - Elle peut même les produire ou les aggraver si elle est le fait de la source de soins dominante (comme le sont les services d'accueil des urgences hospitaliers).
- 2) Subventionner les traitements de substitution et améliorer l'accessibilité des structures d'aide au sevrage.

Promouvoir l'arrêt du tabac : bien sûr, mais avec une stratégie globale, qui vienne notamment en aide aux fumeurs les plus en difficulté. À moyen - long terme...

- Agir sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008)
- Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local
- Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base des connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions des déterminants sociaux de la santé

The background is a gradient of blue, transitioning from a lighter blue on the left to a darker blue on the right. A thin, light blue curved line starts from the top left and curves towards the bottom right. A dark blue triangle is positioned in the lower right quadrant, pointing towards the center.

Merci de votre attention