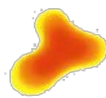


Inégalité et santé

Document de base sur le rapport entre inégalité sociale et santé

Sur mandat de Promotion Santé Suisse



Promotion Santé
Suisse

Hanspeter Stamm et Markus Lamprecht

Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG • Zürich

info@LSSFB.ch

Mai 2009

Contenu

1. Introduction: Pourquoi l'inégalité est-elle un thème pour la promotion de la santé?	2
2. Qu'est-ce que l'inégalité et comment se manifeste-t-elle?	3
2.1. De la différence à l'inégalité	3
2.2. Inégalités dans la société contemporaine	4
2.3. Comment se manifeste l'inégalité?	7
2.4. Comment l'inégalité influe-t-elle sur la santé?	11
3. Inégalité et santé en Suisse	13
3.1. L'ampleur de l'inégalité	13
3.2. L'inégalité face à la santé en Suisse	18
4. Que peut et doit faire la promotion de la santé?	24
5. Résumé et perspectives	28
Bibliographie	30
Annexe 1: Remarques sur les modèles d'inégalité de l'OMS et de l'OFSP	33
Annexe 2: Quelques projets suisses de promotion de la santé en lien avec la problématique de l'inégalité	34
Notes finales	37

1. Introduction: Pourquoi l'inégalité sociale est-elle un thème pour la promotion de la santé?

En Suisse, les hommes vivent en moyenne environ cinq ans de moins que les femmes, l'espérance de vie étant de 79 ans pour les premiers et 84 ans pour les secondes. Si les hommes ont également la malchance d'avoir seulement terminé leur scolarité obligatoire, leur espérance de vie diminue encore: les hommes de 30 ans ont une espérance de vie d'un peu plus de 73 ans, alors que les titulaires d'un diplôme universitaire du même âge peuvent espérer vivre au-delà de 85 ans.¹ L'Enquête suisse sur la santé fait en outre apparaître que des personnes à faible revenu se sentent souvent en moins bonne santé, qu'elles sont en moyenne plus grosses et qu'elles fument davantage que les personnes disposant d'un revenu plus élevé.² Enfin, l'étude „Sport Suisse 2008“ montre que la proportion des non sportifs parmi les étrangers ainsi que parmi les personnes ayant un faible revenu et un faible niveau de formation est supérieure à la moyenne (cf. Chapitre 3).³

Ces quelques exemples montrent bien que la formation, le revenu, le genre et l'origine ont un rapport évident avec la santé, le comportement face à celle-ci et l'espérance de vie. Ce constat n'est certes pas nouveau, mais on a souvent tendance à l'oublier dans les initiatives concrètes visant à améliorer la santé. On colle des affiches avec des informations sur les comportements importants pour la santé et on propose de nouvelles offres, croyant ainsi que les messages sont partout compris dans la même mesure et qu'ils sont susceptibles d'inciter les gens à changer leur comportement. Mais il n'en est manifestement pas ainsi. Selon l'origine et la position sociale, nous sommes en effet diversement concernés par les risques liés à la santé et disposons de possibilités différentes de nous comporter face à cette dernière. Il est dès lors important de garder également à l'esprit, dans la planification et la mise en oeuvre de programmes de promotion de la santé et de prévention, l'aspect de *l'inégalité sociale*.

Cette approche n'est toutefois pas si évidente car le concept général „d'inégalité sociale“ se rapporte à une multiplicité de facteurs qui agissent partiellement contre notre santé et conditionnent nos comportements. En d'autres termes, il ne suffit pas de prendre uniquement en considération les différences de formation ou de revenu. Il faut en effet également et surtout se demander comment ces différences agissent et s'il y a peut-être d'autres facteurs qui jouent aussi un rôle, lorsque l'on constate que tous les membres de la société n'ont pas les mêmes possibilités de mener une vie saine.

Le présent document tente de mettre un peu d'ordre dans ces différents rapports, en abordant dans le prochain chapitre la question très générale de ce qu'est l'inégalité sociale et comment elle agit sur notre santé (chapitre 2). On présentera ensuite quelques résultats concernant l'ampleur de l'inégalité et ses effets sur la santé en Suisse (chapitre 3). Cela nous conduira à un aperçu d'exemples concrets de la prise en compte de la problématique de l'inégalité dans la promotion de la santé (chapitres 4 et 5).

Le présent texte se veut être une introduction succincte et pratique à la problématique de l'inégalité. Dans sa brièveté, il ne peut naturellement pas se substituer aux très nombreuses contributions originales et manuels publiés sur ce thème. C'est pourquoi la bibliographie donne des indications sur des titres de référence dont nous ne pouvons que recommander la lecture.

2. Qu'est-ce que l'inégalité et comment se manifeste-t-elle?

2. 1. De la différence à l'inégalité

Un bref regard sur l'histoire de l'humanité révèle que l'inégalité a été dans les millénaires passés un compagnon constant du développement social. Il est très difficile de trouver une époque ou une société où il n'y avait pas des puissants et des faibles, des riches et des pauvres, des privilégiés et des défavorisés. Certes, il y a toujours eu des critiques de l'inégalité – que l'on pense à la critique des riches dans le Nouveau Testament, à Jean-Jacques Rousseau et à son traité sur l'inégalité, à Karl Marx et à sa foi dans une société sans classes – et à la Révolution française, qui a placé pour la première fois „l'égalité“ tout en haut de son projet de mouvement populaire. Pourtant notre société continue à être empreinte d'une quantité d'inégalités.

Outre les différences manifestes de pouvoir, de revenu et de fortune, il existe de nombreuses autres inégalités: il faut mentionner par exemple les conditions initiales inégales dont bénéficient les enfants en fonction de la position sociale de leurs parents (origine sociale), les représentations étonnamment résistantes sur les capacités inégales des sexes ou des différentes nationalités, qui induisent dans la vie quotidienne un traitement inégal, ainsi que les différences relatives à la profession et à la formation qui influencent de manière déterminante notre vie quotidienne et nos conditions de vie.

Toute différence que nous pouvons observer dans notre vie commune n'est pas ipso facto une inégalité. Pour que des différences deviennent des inégalités, deux conditions doivent en effet être remplies, que l'on peut voir expliquées graphiquement à la figure 2.1⁴:

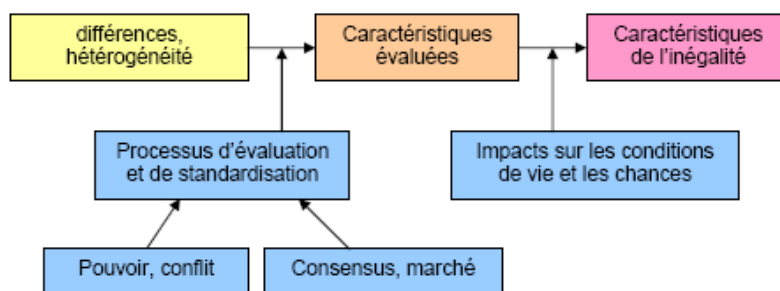
- *Premièrement*, les différences doivent être perçues et jugées comme pertinentes par une majorité de la population. Autrement dit: les différences doivent être classées selon les critères du „plus“ ou „moins“, du „meilleur“ ou „pire“. Comme le montre la figure 2.1, de telles appréciations socialement contraignantes doivent être réalisées aussi bien par consensus que par l'usage du pouvoir. On aurait le premier cas lorsqu'une majorité de la population croit qu'il est juste que des spécialistes bien formés gagnent davantage que des travailleurs non qualifiés. Le second cas serait celui où les spécialistes veillent, via des organisations professionnelles ad hoc ou autres, que leurs privilèges ne soient pas touchés.
- *Deuxièmement*, les différences évaluées (en orange dans le graphique 2.1) doivent avoir une incidence sur nos conditions de vie et nos possibilités d'agir. Que quelque chose passe pour „bon“ ou „moins bon“ ne devient vraiment significatif que si l'on peut de fait en observer les effets dans notre vie. Les différences évaluées deviennent alors, selon qu'elles sont plus ou moins importantes, des inégalités (en rouge dans le graphique 2.1).

Prenons deux exemples pour illustrer ces points. Dans notre société, la formation est sans aucun doute un bien estimé à sa juste valeur. Une formation scolaire supérieure passe pour enviable et peut apporter à son détenteur, outre du prestige – on se réfèrera par exemple à lui pour certaines questions ou on lui décernera le titre de «Docteur» –, également des privilèges au niveau du revenu et des relations qu'il pourra nouer. La formation n'a cependant pas seulement un impact sur la profession ou le revenu sur nos conditions de vie, mais aussi de manière beaucoup plus subtile. Les personnes avec une formation supérieure sont en effet, en règle générale, plus à même de comprendre des informations complexes (par exemples les étiquettes d'emballage des médicaments); elles peuvent également mieux s'exprimer, ce qui est appréciable dans la vie de tous les jours. En d'autres termes, la formation ne fait pas seulement l'objet d'une appréciation positive, mais elle influe sur notre vie de différents points de vue.

Prenons, à titre de contre-exemple, la couleur des cheveux. Nombreux sont les hommes et les femmes qui expriment leur préférence pour la couleur „blonde“ ou „noiraude“ de leur partenaire. Mais ces

préférences ont un caractère individuel et n'expriment aucun consensus social sur la supériorité des caractéristiques „blond“ ou „noiraud“. En conséquence, la couleur des cheveux a très peu d'incidence sur „le reste de la vie“. Cet exemple montre cependant que l'évaluation des différences peut changer avec le temps et qu'il existe des différences culturelles dans les évaluations. Il n'y a pas si longtemps, les enfants roux étaient encore stigmatisés en Suisse, tandis que dans un certain nombre de pays les femmes blondes passaient pour particulièrement belles, ce qui leur ouvrait aussi de meilleures perspectives pour trouver un partenaire ou sur le marché du travail. Cependant, même dans ces contextes, la couleur des cheveux ne peut pas être considérée comme une caractéristique importante, car on peut évidemment la modifier à l'envi.

Figure 2.1: De la différence à l'inégalité



Pour devenir des „inégalités“, les différences doivent donc faire l'objet d'une évaluation sociale et avoir une influence considérable sur notre vie. Mais il faut encore poser deux questions fondamentales, que l'on abordera dans les paragraphes suivants, à savoir:

1. Quelles différences deviennent des inégalités importantes par des processus d'évaluation et leurs effets dans notre société? En d'autres termes, il s'agit ici de séparer les inégalités essentielles de celles qui sont moins importantes (comme par exemple la couleur des cheveux).
2. Comment les différentes inégalités influencent-elles concrètement notre vie? Il n'est pas évident qu'une formation supérieure conduise automatiquement à une „vie plus heureuse“. Il faut plutôt se demander comment exactement la formation et d'autres inégalités s'influencent mutuellement.

2.2. Inégalités dans la société contemporaine

Penchons-nous d'abord sur la première question, celle des inégalités importantes dans notre société. La littérature sur le sujet décrit une grande quantité de facteurs d'inégalité⁵, dont les suivants sont systématiquement mentionnés.

- *Formation:* La formation exerce, à de nombreux points de vue, une influence importante sur notre vie: elle nous ouvre des portes au niveau professionnel et des opportunités de revenu, décide de la manière dont nous comprenons les informations et nous fournit en général un savoir sur le contexte (ce qui est essentiel pour la vie). Dans le débat sur l'inégalité, on assimile en général la formation à la formation formelle, c'est-à-dire à celle qui peut être mesurée par des certificats, diplômes de fin d'études et diplômes supérieurs. Depuis peu, cependant, on met aussi de plus en plus l'accent sur le rôle de la formation continue (professionnelle) et sur la formation informelle qui peut s'acquérir et

se développer dans l'échange quotidien avec des connaissances, des collègues et des membres du *peer group*.

- *Profession*: Derrière le facteur „profession“ se cache en fait toute une série d'inégalités, telles que l'activité et le titre professionnels, la position professionnelle (supérieure et subordonnée), le prestige professionnel (image de la profession) ou le statut de main-d'oeuvre et celui du marché du travail (nature et importance de l'emploi). Sous ses différentes facettes, la profession influence nos capacités d'avoir un revenu, nos réseaux sociaux, nos conditions de vie et notre „vision du monde“. En outre, différentes activités professionnelles sont liées à des risques pour la santé.

Dans ce contexte, des voix critiques s'élèvent parfois pour déplorer que le facteur „profession“ soit réduit uniquement à l'activité professionnelle. Il faudrait en effet y ajouter le travail bénévole (comme par exemple entraîneur dans une association sportive ou chauffeur pour une organisation sociale) et le travail domestique, car ces activités sont l'expression d'inégalités et peuvent conduire à des conditions de vie inégales. Ainsi, par exemple, il ne faut pas négliger les risques d'accident qu'encourent les ménagères et les hommes au foyer, ainsi que le stress considérable auquel ils peuvent être soumis.

- *Revenu*: Le sociologue Volker Borschier⁶ a défini une fois le revenu comme étant le „dénominateur général de la stratification“; il a attiré ainsi l'attention sur le fait que beaucoup de choses dans notre société sont orientées vers lui et en dépendent. La formation s'acquiert en vue d'une carrière professionnelle qui, outre la réputation qu'elle procure, doit fournir un revenu suffisant. Ce dernier, pour sa part, influe sur les possibilités de choix et d'action dans les différents domaines de la vie. En d'autres termes, plus mon revenu est élevé, plus grande sera ma marge de manoeuvre dans les domaines du marché du logement, des loisirs et de la santé. Il va de soi que notre vie ne saurait se réduire à l'argent et au revenu, mais si nous reprenons, en la modifiant quelque peu, un adage populaire bien connu, force est de constater l'importance du revenu dans notre société: „L'argent seul ne fait pas le bonheur, mais il y contribue“.
- *Fortune*: La fortune – qu'il s'agisse d'obligations, de carnets d'épargne, de trésors artistiques, d'immeubles ou de fabriques – a des effets comparables à ceux du revenu, en ce sens qu'elle engendre la sécurité et des possibilités d'action. Mais la fortune n'est pas uniquement le résultat de l'épargne du revenu personnel. Elle est en effet souvent le fruit d'un héritage et contribue ainsi à transmettre des privilèges d'une génération à l'autre. A l'inverse du revenu, qui peut fréquemment être justifié par les exigences de la profession, des capacités particulières ou des qualifications spécifiques, dans de nombreux cas, il suffit de porter le titre de „fils de“ ou „fille de“ pour devenir un grand propriétaire de fortune. A l'opposé des autres inégalités déjà mentionnées, la fortune possède une forte composante „d'attribution“, non modifiable.
- *Origine sociale*: Tout comme une bonne partie de la fortune, l'origine sociale est littéralement „déposée dans le berceau“ et ne peut pas être modifiée, tandis que l'origine familiale codétermine de façon décisive notre parcours de vie ultérieur. Plus les parents sont formés et à l'aise matériellement, plus ils pourront par exemple soutenir leurs enfants en âge scolaire dans la réalisation de leurs tâches et, le cas échéant, leur offrir des cours d'appui. En outre, les différents groupes sociaux disposent de réseaux de relations spécifiques, qui sont utilisés à chaque fois de manière différente sur le marché de l'emploi et sur les possibilités de mariage, et finalement, les enfants apprennent de leurs parents les valeurs et comportements „spécifiques à leur couche sociale“, dont ils ne pourront pas facilement se détacher dans leur vie ultérieure.

Formation, profession, revenu, fortune et origine sociale définissent les caractéristiques classiques de la recherche sur l'inégalité, telle qu'elle s'est développée depuis le milieu du 19^{ème} siècle. Alors que

Karl Marx plaçait au centre de sa théorie des classes les différences de pouvoir et de fortune, ainsi que les effets de l'origine, la théorie des couches sociales du 20^e siècle se concentrait sur la trilogie formation, profession et revenu. Cependant, la recherche empirique des dernières décennies a clairement montré que d'autres caractéristiques pouvaient prétendre au titre „d'inégalités importantes“. Mais il est intéressant de noter que l'on n'a systématiquement thématiqué ces formes supplémentaires que récemment dans la recherche et qu'on les a classées sous les noms de „nouvelles“ inégalités ou d'inégalités „horizontales“. On peut citer ici en particulier:

- *L'âge*: L'âge fonde des inégalités à plus d'un point de vue. Notre société distingue au moins trois phases de la vie: l'enfance/adolescence, la phase active et de vie familiale et, enfin, l'âge de la retraite, phases qui s'accompagnent de droits, de devoirs et de conceptions des rôles très divers. Mais on constate également des inégalités à l'intérieur de ces trois grandes phases de la vie, comme par exemple lorsque le salaire augmente automatiquement avec l'âge ou lorsque les primes d'assurances sont couplées à l'âge.
- *Le genre*: Que le genre influence nos chances de vie est une évidence, mais il a fallu le mouvement d'émancipation de la femme et la recherche féministe pour que cette situation soit considérée comme faisant partie des caractéristiques centrales de l'inégalité. Au sexe sont liées des attributions spécifiques, des représentations des rôles et des possibilités d'épanouissement, que la recherche discute sous le concept de „genre“ (pour se démarquer du „sexe“, notion plus biologique) et qui sont encore en Suisse étonnamment résistantes même des années après l'introduction de la législation sur l'égalité hommes-femmes. Cela démontre que la description de „l'inégalité horizontale“ est un euphémisme, car la différence des sexes a toujours dans notre société une forte composante verticale, en ce sens que les hommes sont manifestement mieux lotis à maints égards. En raison de l'importance du genre, on traitera ce dernier en détail dans un document de base séparé⁷.
- *L'immigration*: Il en va de même de l'immigration, qui imprègne considérablement les chances dans la vie. Derrière l'influence de l'immigration, il y a également les effets de l'origine et de la formation – comme par exemple lorsque des migrants sont issus de couches sociales bénéficiant d'un faible niveau de formation et qui ont des problèmes à s'impliquer et à se retrouver dans la culture et la langue du pays d'accueil. Il y a en outre toute une série d'effets très directs dus à l'immigration en raison du manque de droits (politiques) de participation ou de discrimination sur la base de préjugés à l'encontre de certaines nationalités ou couleurs de peau. Le facteur immigration étant particulièrement important en Suisse en ce qui concerne la santé, il est traité de manière détaillée dans un document de base séparé.⁸

Cet aperçu des différentes caractéristiques de l'inégalité n'est naturellement pas exhaustif. En ce qui concerne en particulier les inégalités „horizontales“ ou les „nouvelles“ inégalités, la littérature mentionne une série d'autres caractéristiques, telles que la situation familiale, la sensibilité à différents risques, la provenance régionale (conflit ville-campagne, régions linguistiques, etc.) ou les handicaps physiques et mentaux. Dans le cadre d'une simple introduction à la problématique, nous nous limitons cependant aux caractéristiques mentionnées.

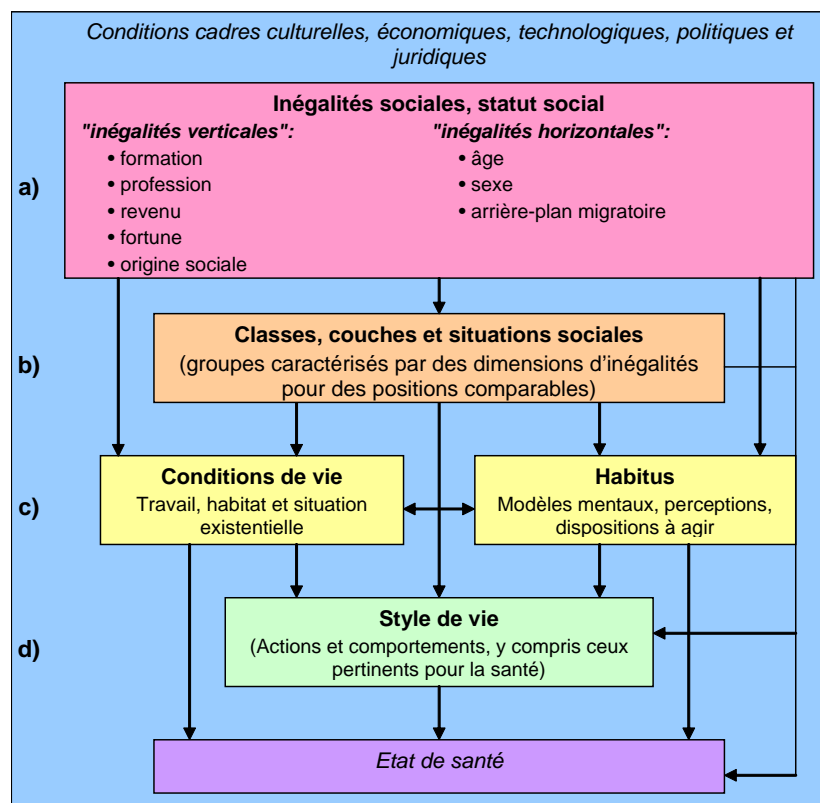
Dans ce contexte, il convient de signaler que notre discussion partielle des caractéristiques importantes de l'inégalité et de ses effets se rapporte explicitement à la situation en Suisse, qui a certes des traits communs avec celle d'autres pays développés, mais qui se distingue considérablement des conditions des pays du tiers-monde. Cela signifie que pour d'autres pays, d'autres listes de caractéristiques de l'inégalité devraient être établies: dans un pays, ce sera par exemple l'origine sociale qui possède une importance prépondérante (mot-clé: castes), alors que dans d'autres pays cela pourra être l'appartenance religieuse ou la profession du père (mot-clé: corporations). Ces éléments revêtent alors une plus grande importance qu'ils n'en ont en Suisse. La figure 2.2 ci-dessous avec sa référence *aux*

conditions cadres culturelles, économiques, technologiques, politiques et juridiques consigne ce fait (cf aussi annexe 1).

2.3. Comment l'inégalité agit-elle?

Il est difficile de répondre clairement à la question „Comment agit l'inégalité sur notre vie et notre santé?“, même dans le cadre limité de la Suisse et des huit caractéristiques de l'inégalité que nous venons de présenter. On peut illustrer la difficulté à l'aide d'un exemple. Imaginons une femme docteure en philosophie qui n'a pas trouvé de travail dans son domaine et qui, pour cette raison, nettoie des bureaux la nuit. On serait en droit d'attendre pour cette femme au bénéfice d'une formation de haut niveau des effets positifs sur ses conditions de vie et sur sa santé, car il est probable que la philosophe dispose de compétences élevées en matière santé. Dans des conditions idéales, ces effets positifs seraient encore renforcés par de faibles risques pour sa santé et par une situation bien rémunérée de professeure dans une université. Dans notre exemple, le revenu relativement faible et l'activité plutôt insalubre et pesante (travail de nuit, exposition à la poussière et aux vapeurs des produits de nettoyage, insécurité sur le chemin du travail, etc.) peuvent contrebalancer les effets positifs de la formation de notre philosophe. Supposons en outre que la femme provienne d'Afrique du Sud, elle serait en tant qu'étrangère confrontée à encore d'autres difficultés, notamment à obtenir un salaire correct ou un appartement confortable, tandis que le travail de nuit lui rendrait plus difficile l'intégration dans sa commune d'accueil.

Figure 2.2: Un modèle du rapport entre inégalité, style de vie, comportement en matière de santé et santé



Source: Lamprecht et al. (2007)

L'exemple fait référence à différents types d'effets de l'inégalité, qu'il faut prendre en compte dans l'appréciation d'une situation et qui sont représentés à la figure 2.2 (voir aussi annexe 1).⁹ Les flèches indiquent ici que les inégalités discutées dans la section précédente (a) n'agissent directement que de manière partielle sur notre santé, mais que, par le biais des „classes, couches et situations sociales“ (b), par les conditions concrètes de vie et les „habitus“ (c) ainsi que par le style de vie (d) ont un impact sur la santé.

Les différents niveaux sont à leur tour liés les uns aux autres, ce qui peut entraîner des interactions complexes. Nous allons brièvement décrire ci-dessous la manière dont on peut se représenter ces effets et ce que signifient les différents concepts de la figure 2.2.

- a) Effets (directs) des inégalités particulières: Différents effets peuvent provenir d'un seul facteur d'inégalité. Comme on l'a déjà indiqué ci-dessus, une formation supérieure améliore les compétences en matière de santé. Sous le concept de compétence en matière de santé, il y a toutefois différents effets, qui vont du savoir général sur le rapport entre ses propres actions et sa santé à de meilleures capacités de s'expliquer avec des spécialistes de la santé en passant par une aisance dans les informations relatives à la santé. En plus de la compétence en matière de santé, on peut voir que rester dans un système de formation a une influence positive sur le comportement face à sa propre santé. C'est ainsi que les personnes disposant d'une formation supérieure pratiquent plus de sport que celles qui ont quitté leur formation à la fin de leur scolarité obligatoire (cf. Chapitre 3).

Tandis que durant la formation les différents effets semblent tous aller dans la même direction, la situation est plus difficile dans l'activité professionnelle. Ainsi, par exemple, une position de manager dans une grande entreprise, qui suppose un haut degré de stress, entraîne cependant moins de risques d'accident que celle d'un ouvrier ou d'un artisan. Il faut donc différencier les énoncés sur les contextes spécifiques de travail; nous y reviendrons plus bas et dans le chapitre 3.

- b) Effets conjoints de différentes inégalités: Comme l'a montré l'exemple de la philosophe, les différentes inégalités n'agissent pas de manière isolée, mais en interaction avec d'autres inégalités. La discussion sur les inégalités décrit souvent cet effet conjoint avec des concepts comme „effets de classe, de couche ou de situation sociale“, supposant par là qu'il y a des groupes de personnes qui, en raison de caractéristiques comparables, sont dans la même classe, couche ou situation, et sont concernées par des effets d'inégalité similaires.

La recherche sur l'inégalité de ces dernières années a cependant démontré que l'identification univoque des individus et groupes en „privilegiés“ et „défavorisés“ dans notre société est très difficile et que, pour cette raison, on ne peut énoncer aucune proposition simple sur leur style de vie et sur leur santé. Contrairement aux anciennes représentations des classes et couches sociales (voir figure 2.3 ci-dessous), qui partaient encore de manière univoque des caractéristiques de l'inégalité, au sens de „une haute formation conduit à une profession de prestige et à une haute situation dans la profession, avec un revenu élevé“, d'autres modèles de représentation de ces liens sont de plus en plus pris en considération actuellement. Dans notre exemple de la philosophe, on voit, par exemple, que les effets positifs de la formation sont contrebalancés par une profession pesante. Il n'est toutefois pas nécessaire d'avoir recours à des exemples extrêmes comme celui cité. En règle générale, il suffit en effet de jeter un regard sur son propre entourage: on y trouve des femmes qui, malgré le fait qu'elles exercent la même activité, gagnent moins que leurs collègues masculins; des employées à temps partiel

qui, malgré une profession prestigieuse, gagnent relativement peu; enfin, des personnes qui, ayant suivi une formation commerciale, ont pu, grâce à leur persévérance, parvenir à la tête d'une entreprise.

Ces observations sont une des raisons pour lesquelles les chercheurs dans le domaine de l'inégalité ne parlent plus volontiers de classes ni de couches sociales: la représentation selon laquelle notre société serait construite comme une „forêt noire“ avec plusieurs couches clairement séparées les unes des autres, ne semble simplement plus du tout correspondre à la réalité. Une section transversale de la société contemporaine correspondrait plutôt à un gâteau marbré: différents groupes se fondent les uns dans les autres, et il n'est souvent pas si simple de reconnaître les éléments qui constituent les groupes. De nouveaux concepts comme „situation sociale“ ou „milieu“, qui visent à une détermination plus proche de la réalité des structures modernes de l'inégalité, rendent mieux compte de cette situation.

Encadré 2.3: Classes, couches, situations, milieux: Confusions de concepts dans la recherche sur l'inégalité

La recherche sur l'inégalité se caractérise par une grande variété de modèles et de concepts, qui décrivent et expliquent l'interaction des différentes caractéristiques de l'inégalité. On va brièvement en présenter les principaux ici:

- La classe: Au 19^{ème} siècle déjà, Karl Marx avait forgé le concept de „société de classes“ pour attirer l'attention sur le fait que la société se divise en groupes (classes) clairement séparés les uns des autres, en fonction de la propriété et des rapports de forces. Le concept de classe est encore utilisé aujourd'hui, mais il renvoie aux différences difficilement surmontables et aux conflits entre différents groupes sociaux.
- La couche: Le concept de couche sociale est populaire depuis le milieu du 20^{ème} siècle. Dans sa version originale, ce concept se démarque clairement de celui de classe, dans le sens où les couches sont déterminées par au moins trois caractéristiques – formation, profession et revenu. D'après ce concept, les membres de la société peuvent très bien passer d'une couche à l'autre (mobilité). Le concept de couche s'oriente ainsi davantage vers les prestations et possibilités personnelles que le concept de classe. Toutefois, de nombreux chercheurs n'utilisent plus ce concept aujourd'hui ou alors seulement avec précaution, car ils estiment qu'il ne rend pas compte de la complexité de la réalité sociale.

Dans ce contexte, la conception des classes que donne Pierre Bourdieu¹⁰ représente un cas spécial intéressant: les groupes sont formés sur les bases des quantités de capital culturel (origine sociale, formation) économique (revenu, fortune) et social (relations); ils indiquent des similitudes avec les „couches“. Bourdieu interprète cependant les groupes du point de vue d'une théorie des classes, au sens où il croit, mais de manière conditionnée seulement, à leur mobilité.

- La situation sociale: Depuis les années 1980, la discussion sur la situation sociale tient compte du fait que la distinction en classes et couches sociales est trop facile. Dans la détermination de la situation sociale, différents facteurs interviennent (cf. figure 2.2) pour montrer clairement que la séparation nette des groupes formés n'est pas acceptable, ni que ces groupes sont montés irrévocablement les uns contre les autres. Comme nous l'avons dit plus haut, la société ressemble plus à une tourte marbrée qu'à une forêt noire.
- Le milieu: Comme pour la situation sociale, le milieu est conditionné par bon nombre de caractéristiques d'inégalités. Ce qui le différencie des autres concepts cités jusqu'ici est que, généralement, il n'est pas caractérisé seulement par la situation objective, mais aussi par des appartenances et valeurs ressenties comme subjectives. On parle volontiers par exemple à ce sujet de milieux „traditionnels“ ou „modernes“.

Un regard à la figure 2.2 suffit pour comprendre la différence entre les concepts de milieu et les autres: tandis que les notions de classes, couches et situations sociales se limitent aux „inégalités objectives“ (dans la partie supérieure de la figure), dans la notion de „milieu“ sont prises directement en compte, pour la détermination des différents groupes, les conditions et habitudes de vie, ce qui conduit à une plus grande complexité des modèles d'inégalités.

Pour de plus amples indications sur les différences conceptuelles, on se reportera à Burzan (2004) et Stamm et al. (2003).

c) Conditions de vie et habitus comme niveaux intermédiaires: Les problèmes deviennent plus contradictoires et leurs effets plus évidents du fait que la plupart des inégalités, resp. des classes, couches et situations définies à partir de celles-ci n'ont qu'un impact direct très limité sur notre vie et notre santé, mais qu'elles apparaissent dans des situations et des conditions de vie concrètes. Ou formulé autrement: une formation et un revenu élevés ne nous rendent pas automatiquement en meilleure santé, mais seulement lorsque dans la vie quotidienne ils sont utilisés pour favoriser le maintien en bonne santé, lorsque nous prenons connaissance de manière critique des informations relatives à la santé et utilisons nos possibilités dans ce domaine.

Comme le montre la figure 2.2, il faut prendre en considération au moins deux niveaux intermédiaires entre l'inégalité et les lignes de conduite concrètes.

- Les conditions de vie: Notre position dans la structure de l'inégalité détermine de façon essentielle nos conditions de vie concrètes. La formation, la profession, le sexe et l'immigration sont liés aux conditions et charges concrètes de travail, à l'habitat, aux relations sociales et, de manière tout à fait générale, à notre situation de vie. Ces conditions concrètes d'existence peuvent renforcer (par exemple par des conditions de travail pénibles) ou compenser (par exemple lorsque l'on trouve dans le cercle de ses amis une compréhension qui aide à surmonter le stress lié au travail) les effets de l'inégalité.
 - Habitus: Le sociologue français Pierre Bourdieu cite l'habitus comme un important niveau intermédiaire entre la structure sociale et l'action. Il s'agit ici des dispositions subjectives de pensée, de perception et d'action qui sont marquées par notre origine sociale et qui influencent notre vision du monde et nos préférences dans l'action. L'habitus conduit au fait que des personnes de différentes positions sociales perçoivent différemment les situations et prennent des décisions d'actions différentes. Voici un exemple: une personne qui, durant son enfance et son adolescence, a appris que l'activité physique fait du bien réagira plus positivement à l'offre faite par l'assurance maladie d'assumer une partie de la contribution au centre de fitness qu'une personne qui n'a que des souvenirs négatifs du sport.¹¹
- c) Style de vie: Comme on peut le constater depuis la partie inférieure de la figure 2.2, des conditions de vie favorables et un „habitus“ de vie sain ne contribuent que partiellement directement à une bonne santé. Il n'y a certes pas besoin d'insister sur le fait que des conditions pénibles de travail ou un habitat à problèmes peuvent rendre malade, mais dans la promotion de la santé certains facteurs plus ou moins conscients ont une importance considérable. C'est pour cette raison que la figure 2.2 contient une case supplémentaire portant le titre „style de vie“, dans laquelle il faut ranger notamment nos habitudes et comportements. Parmi ces éléments de style de vie, qui sont importants pour la question de l'inégalité sociale, il faudrait compter, en ce qui concerne la santé, les questions de savoir si l'on fume, si l'on pratique du sport ou si l'on dort suffisamment, etc.

Les nombreux liens entre les différents niveaux du modèle de la figure 2.2 ainsi que les exemples et commentaires dans le texte montrent qu'il est difficile de donner des indications claires sur les effets de l'inégalité sociale sur la santé. Mais conclure de là que l'inégalité sociale n'aurait aucun effet sur la santé serait faux. C'est en effet le contraire qui est vrai: durant les dernières décennies, de nombreuses études ont paru qui prouvent incontestablement l'existence de liens entre l'inégalité, le comportement et la santé; elles sont donc de toute première importance pour la promotion de la santé.

2.4. Comment l'inégalité agit-elle sur la santé?

Comme un aperçu des études pertinentes sur le rapport entre inégalité et santé dépasserait le cadre du présent document, nous nous limiterons à deux remarques de synthèse, qui seront développées dans le chapitre suivant (section 3.2) pour préciser quelques résultats relatifs à la Suisse.

- a) En s'appuyant sur les différents aperçus de la recherche¹², on peut formuler les remarques générales suivantes sur le rapport entre inégalité et santé. Plusieurs études sur la *mortalité* révèlent que les personnes des couches sociales les plus simples ont une espérance de vie plus courte que celle des personnes appartenant à des couches plus élevées. En d'autres termes, la mortalité des personnes ne disposant pas d'un certificat supérieur, des personnes ayant un statut professionnel inférieur ou disposant d'un revenu faible est plus élevée que celle de la moyenne de la population.

Il en va de même pour la *morbidité*. Le risque d'avoir une crise cardiaque ou de développer certains types de cancer ou encore de souffrir de troubles psychiques sont plus élevés chez les personnes d'un statut social inférieur que chez celles disposant d'un statut supérieur, tant au niveau de la formation, de la profession ou du revenu. Les inégalités concernant la santé sont d'ailleurs déjà présentes chez les enfants et les adolescents. Des élèves des classes pratiques souffrent plus fréquemment de maux de tête que des gymnasiens, et les enfants de parents au bénéfice d'un faible niveau de formation ont plus souvent des problèmes dentaires que les enfants de parents ayant une formation supérieure.

Plusieurs études montrent également un lien entre la situation sociale et le comportement relatif à la santé, ainsi qu'avec des facteurs de risque pour la santé, tels que le tabagisme, l'obésité, le cholestérol, la pression sanguine, l'hygiène buccale et l'alimentation.¹³ Pour chacun de ces facteurs, les personnes d'un statut social plus élevé se caractérisent par un comportement plus sain.

En résumé, on peut estimer, en ce qui concerne le comportement à l'égard de la santé et l'état de santé, qu'un statut socioéconomique plus faible va en général de pair avec...

- ... une plus grande consommation de tabac,
- ... des habitudes alimentaires moins saines,
- ... une moins bonne hygiène corporelle,
- ... un plus grand manque d'activité physique,
- ... moins de soutien social,
- ... un savoir limité sur les questions de santé,
- ... une faible utilisation des offres de dépistage et de détection précoce,
- ...davantage de stress,
- ... davantage de surpoids,
- ... une augmentation de l'hypertension, ainsi que
- ... un risque élevé de mortalité et de morbidité (davantage de maladies cardio-vasculaires et de maladies du métabolisme, ainsi que de certaines formes de cancer).¹⁴

- b) Toujours en relation avec la santé, il faut savoir que les effets des différentes dimensions de l'inégalité et de leurs niveaux peuvent se superposer, se renforcer ou se neutraliser. Revenons encore une fois à l'exemple de notre philosophe originaire d'un pays du sud-est et qui, par manque d'alternatives, nettoie des bureaux: l'effet fondamentalement positif de sa haute formation peut être compensé par une activité plutôt lourde et mal rémunérée. Ses préférences dans le domaine de l'action marquées par son origine sociale et culturelle, ainsi que sa situation de vie concrète peuvent avoir des incidences sur son comportement et sur les stratégies qu'elle peut et veut adopter dans une telle situation.

Si l'on prend en contre-exemple extrême le cas d'une philosophe d'origine allemande, qui reçoit une offre d'une université suisse, on peut facilement déduire les avantages qui seront les siens: la professeure est également une „femme“ et „migrante“, mais elle a peu de problèmes de langue; en raison de la proximité culturelle de son pays d'origine et du pays d'accueil, elle se sentira bien dans son nouvel environnement et devrait rapidement entrer en contact avec ses collègues bien intégrés. Elle dispose de plus d'un bon revenu. Tous ces facteurs devraient avoir en fin de compte un effet positif sur ses conditions de vie et sur sa santé.

Entre ces deux exemples extrêmes de la professeure et de la philosophe malchanceuse, de nombreux autres destins sont évidemment possibles, qui ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients. Le travailleur immigré italien au Tessin parle au moins la langue du lieu, trouve, peut-être, dans son entourage des personnes venant de sa propre région et qui sont en Suisse depuis longtemps déjà et qui peuvent le soutenir dans son intégration, mais pourrait disposer, comparativement, d'un degré moindre de formation et d'un revenu peu élevé. A l'inverse, le spécialiste en informatique indien habitant Zurich peut, d'une certaine manière, compenser ses problèmes linguistiques et ses différences culturelles par rapport à ses collègues de travail et ses revenus et rapports professionnels privilégiés, par le fait qu'il habite encore et depuis longtemps dans un quartier faussement perçu par beaucoup de gens comme celui des „Tamouls“, dont les habitants sont considérés avec un mélange de retenue et de manque de respect.

Ces exemples illustrent le mode d'action du modèle d'inégalité présenté plus haut: chaque facteur d'inégalité isolé a certes une certaine relation fondamentale avec la santé et le comportement relatif à cette dernière, mais leur interaction concrète conduit à une multiplicité de conditions de vie, dont on ne peut définir a priori les effets. C'est aussi la raison pour laquelle il serait erroné de ne considérer que l'un des aspects du modèle et de l'isoler de l'ensemble. Les migrants ne forment pas plus un groupe homogène que les personnes disposant d'une formation restreinte ou d'un petit revenu, et le fait que quelqu'un exerce une profession manuelle ne signifie pas obligatoirement que les risques pour sa santé soient plus élevés que chez un employé de bureau.

La section suivante montrera que la Suisse ne se caractérise pas seulement par un degré d'inégalités élevé, mais aussi qu'il y a des liens évidents entre l'inégalité et la santé, qui doivent être pris en considération par la promotion de la santé.

3. Inégalité et santé en Suisse

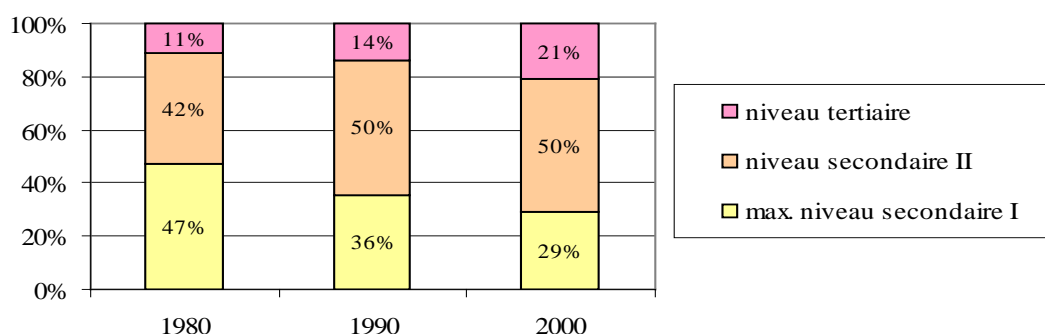
3.1. L'ampleur de l'inégalité

La Suisse est, à plusieurs égards, un pays enviable: mesurée selon le niveau de vie matérielle, elle fait partie des pays les plus riches du monde, les citoyens y jouissent d'un haut degré de libertés civiles et politiques et d'un vaste secteur de la santé. La vie s'y déroule paisiblement tant en ce qui concerne la criminalité qu'en ce qui concerne la sécurité sociale. Malgré cette comparaison favorable à la Suisse sur le plan international, le pays se caractérise par différentes inégalités. Plusieurs résultats mentionnés dans la section 2.2 sur les dimensions de l'inégalité peuvent expliciter ce fait:

- La formation: En Suisse, ce sont les jeunes et leurs parents qui décident de la manière dont ils entendent poursuivre leur formation après la scolarité obligatoire. Une majorité de la population utilise l'offre de formation complémentaire, soit en effectuant un apprentissage, soit en obtenant une maturité fédérale et, finalement, quand c'est possible, un diplôme d'une haute école (spécialisée).

Ces dernières décennies, le système de formation en Suisse a été consolidé et les possibilités de formation se sont améliorées pour une large part de la population. La figure 3.1 montre que la proportion des 25 ans et plus qui ont terminé leur scolarité obligatoire (niveau secondaire I) est passée de 47 à 29%, alors que la proportion des personnes titulaires d'un diplôme d'une haute école a presque doublé (de 11 à 21%). L'Office fédéral de la statistique estime que *l'expansion de la formation* va se poursuivre à l'avenir et que la proportion des Suisses de 25 à 64 ans ayant terminé une formation au niveau tertiaire va croître jusqu'en 2050 pour passer de 44 à 51%.¹⁵ En contrepartie, le pourcentage des personnes ne disposant que de la formation obligatoire devrait chuter de 4 à 5%. Malgré cela, la formation restera un bien inégalement distribué, car dans la mesure où l'enseignement supérieur se développe, de nouveaux niveaux sont introduits (bachelor, master, doctorat, études post-diplôme). Ce qui veut dire que l'inégalité se déplace pour ainsi dire à un niveau plus élevé.

Figure 3.1: Les 25 ans et plus de la population suisse selon leur niveau de formation (en %), 1980-2000

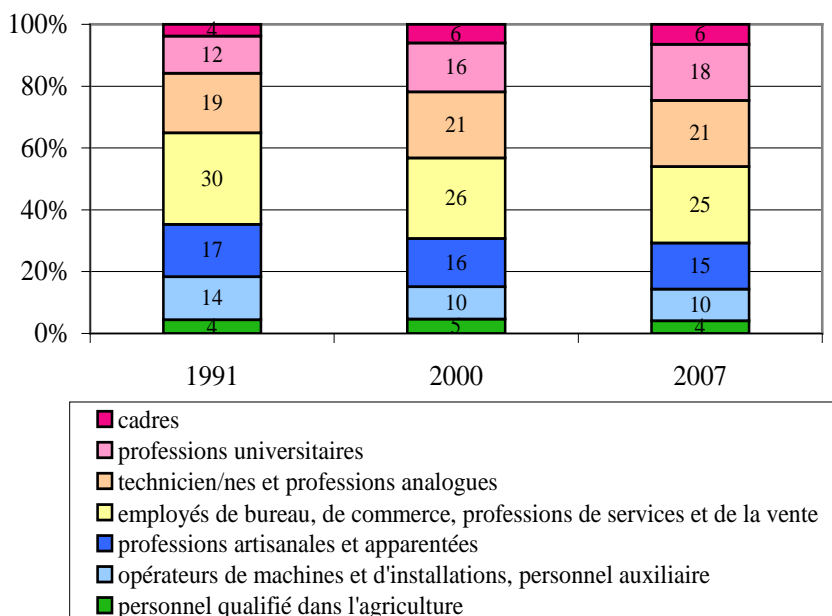


Source: Recensement fédéral de la population de l'OFS (OFS 2005a, Stamm und Lamprecht 2008)

- La profession: Le système des activités professionnelles s'est considérablement compliqué ces dernières décennies. C'est ce que l'on peut constater notamment en observant le domaine professionnel de la santé: les infirmières, infirmiers et médecins ont été de plus en plus remplacés par des spécialistes, afin de mieux répondre aux exigences d'un système de santé hautement complexe. Comme les simples activités manuelles ne peuvent cependant pas disparaître, la différenciation croissante des professions engendre des hiérarchies souvent abruptes et de plus grandes différences de revenus. On ne peut certes pas faire d'énoncé certain sur une hiérarchisation croissante du travail en Suisse, mais selon l'Enquête suisse sur la population active (ESPA) la

proportion des cadres au sens strict du terme dans tous les secteurs d'activité est passée entre 1991 et 2007 de près de 4 à plus de 6%, alors que le pourcentage des personnes ayant une fonction de direction est passé, durant cette même période, de 30 à 36%. La figure 3.2 suggère en outre que, sur cette période, les professions académiques et techniques ont gagné en importance aux dépens des professions commerciales, des services, de l'artisanat et des activités moins qualifiées.

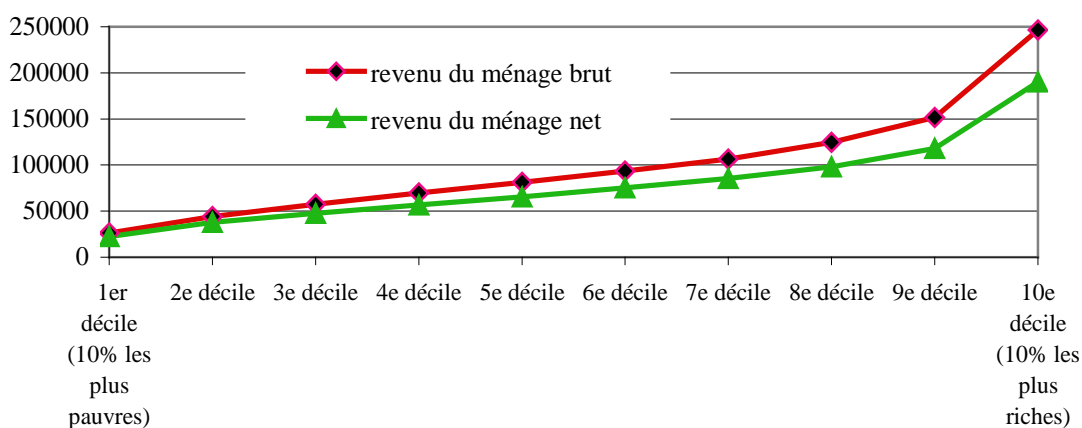
Figure 3.2: Proportion des différents groupes professionnels actifs, 1991-2007



Source: Enquête suisse sur la population active (ESPA) de l'OFS (Base: Tableaux de la page internet de l'OFS, sous: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/02/blank/data/03.html>)

- Revenu: En Suisse, l'inégalité est encore plus évidente en ce qui concerne les revenus que dans les domaines de la formation et de la profession. Même en faisant abstraction des exemples extrêmes, d'ailleurs largement discutés dans la presse, des revenus se montant à plusieurs dizaines de millions de certains dirigeants de grandes entreprises et qu'on se limite à la moyenne de la population, les différences de revenus sont bien marquées. Si l'on considère le revenu brut comme base de considération – c'est-à-dire l'ensemble des revenus de tous les membres d'un ménage donné avant les impôts et les autres taxes et redevances (ligne rouge de la figure 3.3) - les revenus de 10% des ménages les plus pauvres de Suisse se situaient vers CHF 26'000.-, alors que ceux des 10% les plus riches atteignaient environ CHF 246'000.-, soit environ 10 fois plus.¹⁶ Les 2% des ménages les plus riches pouvaient même compter sur un revenu d'environ CHF 421'000.-. Même si l'on prend en considération le revenu net au lieu du revenu brut – c'est-à-dire le revenu après déduction des impôts et autres charges (ligne verte de la figure 3.3) – les différences de revenus demeurent substantielles. Les revenus moyens des 10% des ménages les mieux lotis sont, selon moi, d'environ CHF 190'000.- par année, c'est-à-dire encore 8 fois ceux des plus pauvres (environ CHF 22'000.-). Contrairement à une estimation largement répandue, l'inégalité des revenus n'a pas augmenté de façon spectaculaire ces dernières années, mais plus de 4% des actifs sont considérés comme „working poor“: malgré un emploi à plein temps, leur revenu ne leur suffit pas pour vivre.¹⁷

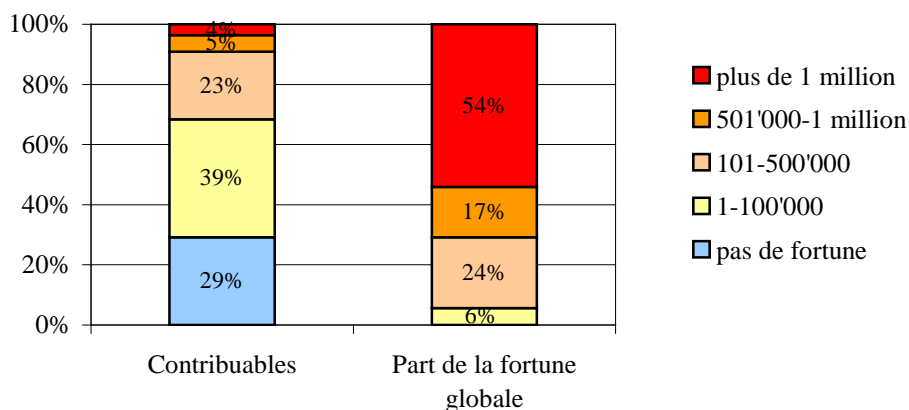
Figure 3.3: Répartition des revenus des ménages en Suisse, 2005



Source: Propre évaluation du Panel suisse des ménages (PSM) et de CH-SILC, 2005 (Stamm et al. 2007)

- Fortune: En Suisse, les fortunes sont réparties de manière encore plus inégale que les revenus, comme on peut le constater à la lecture des données de la figure 3.4 de l'Administration fédérale de l'impôt. En 2003, 29% de tous les contribuables n'avaient simplement aucune fortune, et à peine 40% avaient à disposition un maximum de CHF 100'000.-. A l'autre extrémité de la pyramide, moins de 4% de tous les assujettis payaient des impôts sur des fortunes de 1 million de francs et plus, ce qui correspond à plus de la moitié de toutes les fortunes privées.¹⁸ Même si l'on manque de données comparatives fiables, en comparaison à d'autres pays, ces différences doivent être considérables.

Figure 3.4 Assujettis à l'impôt dans les différentes catégories de fortune et proportion de leur fortune au total du bilan, 2003

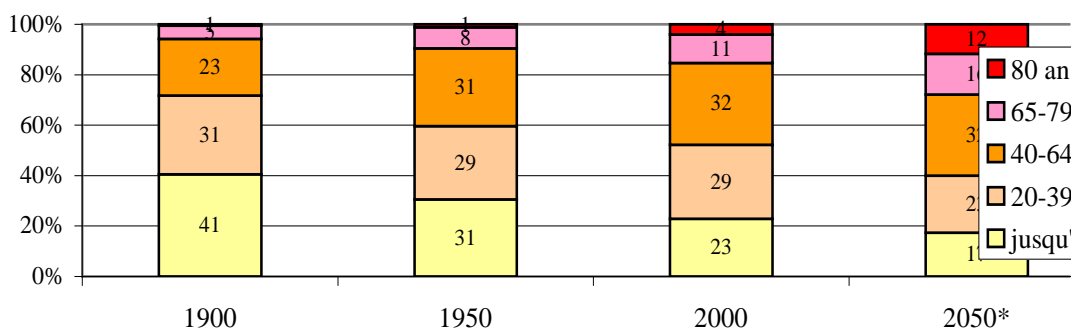


Source: AFC (2006, p. 14).

- Origine sociale: L'inégalité relative à la formation, à la profession, au revenu et à la fortune se reflète dans l'origine sociale. Les conséquences en sont bien documentées surtout au niveau du rapport entre l'origine et la formation: en dépit de l'expansion de la formation citée ci-dessus, les chances qu'ont les enfants de ménages de milieu académique de fréquenter eux-mêmes une haute école sont environ 5 fois plus grandes que celles des enfants dont les parents ont simplement terminé un apprentissage.¹⁹ En outre, comme le degré de scolarité atteint influe sur la carrière professionnelle et, par voie de conséquence, le revenu, l'effet de l'origine laissera des traces manifestes dans la vie ultérieure.

- Age: Il est moins facile de saisir les effets de l'inégalité relatifs à l'âge que ceux découlant de la formation, de la profession, du revenu et de la fortune. On a déjà attiré l'attention plus haut sur le fait qu'il y a certains événements-clés de la vie, comme l'âge de la majorité ou l'âge de la retraite, qui conduisent aussi à des inégalités spécifiques (participation politique, assujettissement à l'impôt, prétentions légales à l'égard de l'assurance-vieillesse). La transition de la phase active à la retraite est précisément liée à une série de changements économiques. Alors que les revenus ont tendance à augmenter au cours de la vie, ils ont plutôt tendance à baisser une fois atteint l'âge de la retraite. Même si seule une petite proportion de rentiers suisses est concernée par la pauvreté liée à l'âge, il ne faut pas oublier cet effet – ce d'autant plus que le nombre des retraités en Suisse augmente constamment. Si, en 1950, comme le montre la figure 3.5, à peine un dixième de la population suisse était âgée de 65 ans ou plus, cette proportion a augmenté à 15% jusqu'en 2000 et devrait, selon une estimation de l'OFS, atteindre près de 30% en 2050.

Figure 3.5: Pyramide des âges de la population suisse, 1900-2050

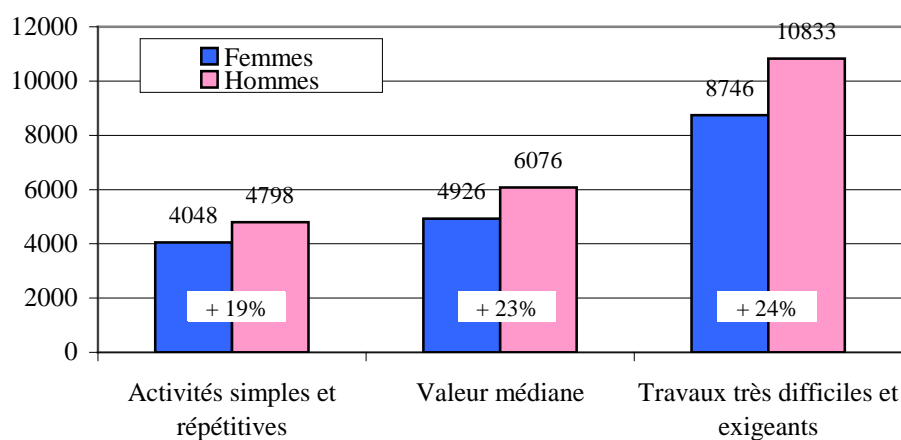


* scénario intermédiaire de l'évolution de la population, selon OFS (2007)

Source: Office fédéral de la statistique (2007) ainsi que les tableaux sous:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/bevoelkerungsstand.html>

Figure 3.6: Salaire mensuel brut des hommes et des femmes travaillant à temps complet, selon les différentes activités, 2006



Source : Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (OFS 2008a, cf. Aussi OFS 2008b)

- **Sexe:** L'égalité des sexes a fait de grands progrès en Suisse au cours des dernières décennies. Cela se manifeste entre autres par le fait qu'il n'y a presque plus de différences de chance entre garçons et filles en ce qui concerne la formation et que l'accès à l'emploi a été ouvert aux femmes. Sur le marché de l'emploi précisément, il subsiste cependant encore diverses inégalités. Il y a encore des professions typiquement féminines et d'autres typiquement masculines, et les salaires des femmes en Suisse – comme le montre la figure 3.6 – est en moyenne encore inférieur d'environ un quart à celui des hommes. Le document de base „Genre“²⁰ donne des informations détaillées sur l'inégalité des sexes en Suisse.
- **Immigration:** Comme le montrent les exemples cités plus haut et le document de base „Migration“, il faut examiner les effets de la migration de manière différenciée. A une population immigrée plutôt défavorisée, venant de l'Europe du Sud et de l'Est s'oppose un groupe de personnes plutôt privilégiées issues de l'Europe centrale et du Nord ainsi que des pays anglo-saxons.²¹ La référence à l'origine spécifiquement nationale est cependant trop étroite, car les migrants ne forment pas un groupe homogène: le manager espagnol, par exemple, peut mieux trouver sa place dans la société suisse que l'infirmière venant d'Autriche. La deuxième génération, c'est-à-dire les étrangers qui sont nés et ont grandi en Suisse, joue en outre un rôle particulier. Les analyses du recensement de la population de l'an 2000 ont montré que ce groupe a tendance, dans le système de formation, à rencontrer les mêmes succès que les enfants suisses.²²

Ce petit aperçu montre que l'inégalité est répandue en Suisse. Les succès partiels obtenus dans la politique de la formation, de l'égalité et de l'intégration sont cependant contrebalancés par des inégalités relativement constantes quant aux revenus et aux inégalités de fortunes qui ont tendance à croître.

Selon le modèle introduit dans la section 2.3, les différentes inégalités n'agissent pas de manière isolée, mais se renforcent les unes les autres pour donner des „situations sociales“, qui, de leur côté, ont un impact sur les conditions concrètes de vie et sur l'habitus, et conduisent finalement à un style de vie spécifique. Cela nous mènerait trop loin d'illustrer ici avec des données les différentes combinaisons que peut impliquer ce modèle. Diverses enquêtes montrent cependant que ces rapports existent et sont significatifs. On peut par exemple montrer qu'en Suisse il y a des combinaisons systématiques entre niveau de formation, profession et revenu; celles-ci ne renvoient cependant plus à des couches sociales clairement distinctes les unes des autres, mais à des situations sociales complexes qui se modifient selon l'âge, le sexe et le contexte de migration.²³ Ces rapports complexes se produisent aussi relativement au style de vie, au comportement par rapport à la santé et à la santé elle-même. Ce sont eux que nous allons brièvement analyser dans la prochaine section.

3.2. Inégalité face à la santé en Suisse

Il existe différentes études en Suisse qui prouvent le rapport existant entre inégalité, comportement face à la santé et santé. Pour des raisons de place, nous nous limiterons ici à quelques illustrations succinctes.

a) *Compétence en matière de santé*

En Suisse, la recherche sur la compétence en matière de santé et sur le savoir relatif à la santé en est encore à ses premiers balbutiements. La première étude globale sur la compétence en matière de santé de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich (elle date de 2006) montre qu'il existe un rapport clair entre la compétence en matière de santé et le niveau de formation. Il est important de savoir dans ce contexte qu'environ un quart de la population estime les informations sur la santé diffusées dans les médias comme étant „difficilement compréhensibles“. ²⁴

b) *Comportement face à la santé*

On dispose d'une bonne documentation sur le rapport entre l'inégalité sociale et les divers aspects des comportements face à la santé et des comportements à risque. Ces rapports, pour ce qui concerne la Suisse, sont pour l'essentiel présentés dans la section 2.4: un statut social plus élevé et de meilleures conditions de vie vont en règle générale de pair avec un style de vie plus conscient de l'importance de la santé. Deux exemples permettent d'illustrer ici ces rapports.

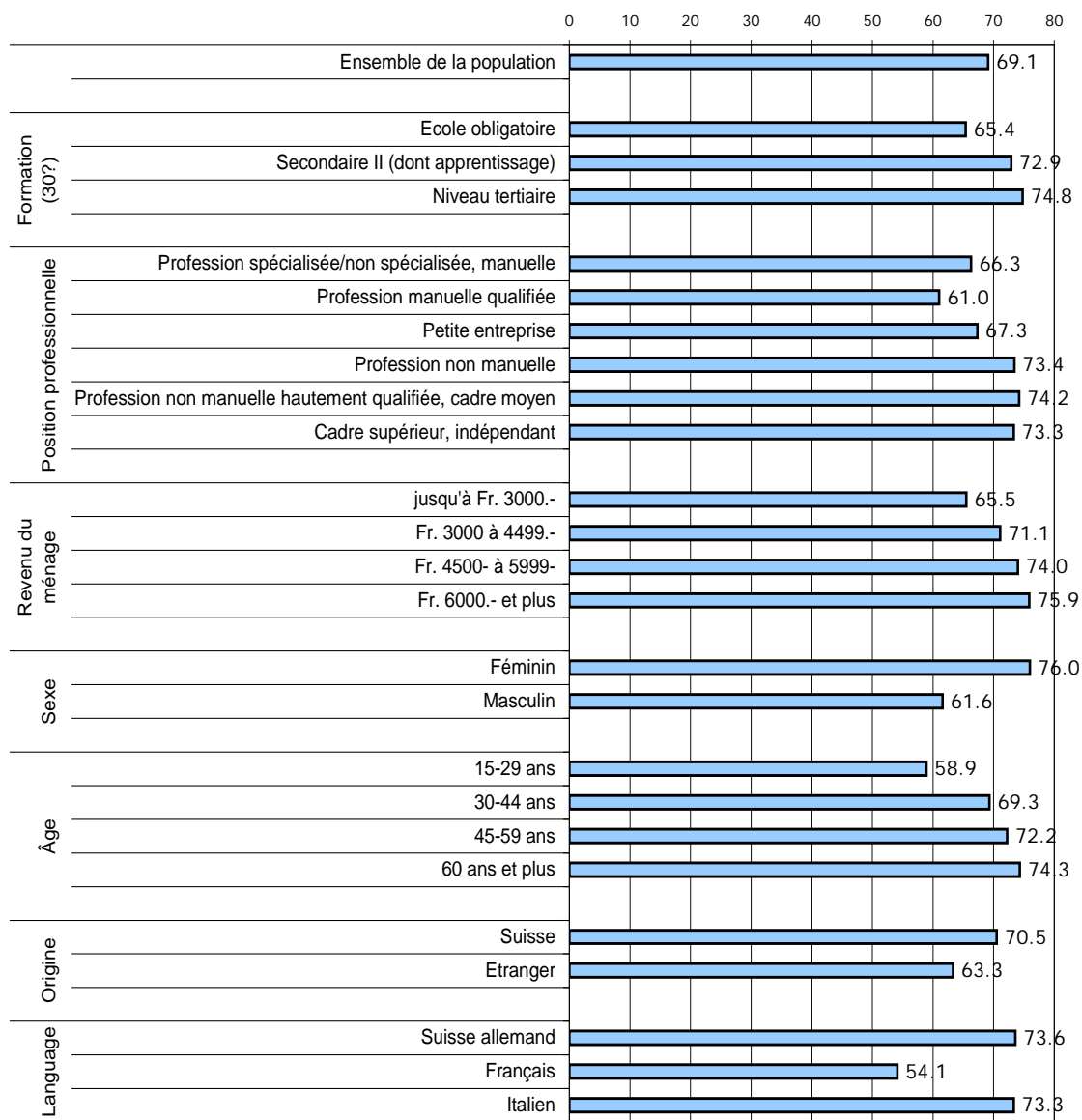
Le *premier exemple* se situe à l'interface entre la compétence en matière de santé et le comportement face à la santé et concerne la conscience que l'on a de l'importance de l'alimentation. Dans l'Enquête suisse sur la santé 2002 (ESS 2002) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), un échantillon représentatif de la population résidente s'est vu poser entre autres la simple question de savoir s'il faisait attention à son alimentation ou pas du tout. La figure 3.7 montre le pourcentage de personnes qui ont déclaré „faire attention à quelque chose“. Les informations ont été divisées ici selon les différentes caractéristiques d'inégalité.

Dans l'ensemble, à peine 70% des personnes interrogées ont répondu faire attention à ce qu'elles mangeaient. Mais cette proportion varie entre 54 % en Suisse occidentale, respectivement 59% dans le groupe d'âge le plus jeune, et 76% chez les femmes et les personnes à haut revenu. Par rapport à la formation, on constate que les différences de prise conscience de l'importance de l'alimentation sont les plus marquées entre le groupe des personnes avec une formation basse et celles ayant une formation un peu plus élevée, alors que la conscience de l'importance de l'alimentation ne se distingue que légèrement entre le groupe du milieu et le groupe le plus élevé. Par rapport aux professions, on trouve même une évolution qui montre que dans les groupes des travailleurs manuels non ou peu qualifiés ont une conscience de l'importance de leur alimentation un peu plus élevée que les travailleurs manuels qualifiés. En revanche, les trois groupes de travailleurs non manuels se distinguent à peine.

En ce qui concerne le revenu, on trouve un effet semblable à celui que l'on trouve dans la formation: la conscience de l'importance de l'alimentation augmente certes avec l'augmentation du revenu, mais cette augmentation est plus grande dans les groupes à plus faible revenu que dans ceux à revenu plus élevé. Il en va de même pour l'âge, tandis que pour le sexe et la nationalité les différences sont bien marquées. Enfin, il est surprenant de constater la prise de conscience nettement moindre de l'importance de l'alimentation en Suisse romande, ce qu'il faut rapporter aux préférences culturelles spécifiques de cette région du pays. L'exemple indique que, selon l'ampleur des caractéristiques de

l'inégalité sociale, des différences importantes existent quant à la conscience de l'importance de l'alimentation.

Figure 3.7: Différences sociales dans la prise de conscience de l'importance de l'alimentation, ESS 2002



Remarques: Réponses à la question: „Faites-vous attention à quelque chose de particulier dans votre alimentation?“ Chiffres selon la caractéristique entre 16'827 (formation, seulement des personnes dès 30 ans) et 19'690 (sexe, âge); les indications en pour-cent se basent sur les données évaluées de l'ESS 2002.

Source: Propre évaluation de l'ESS 2002

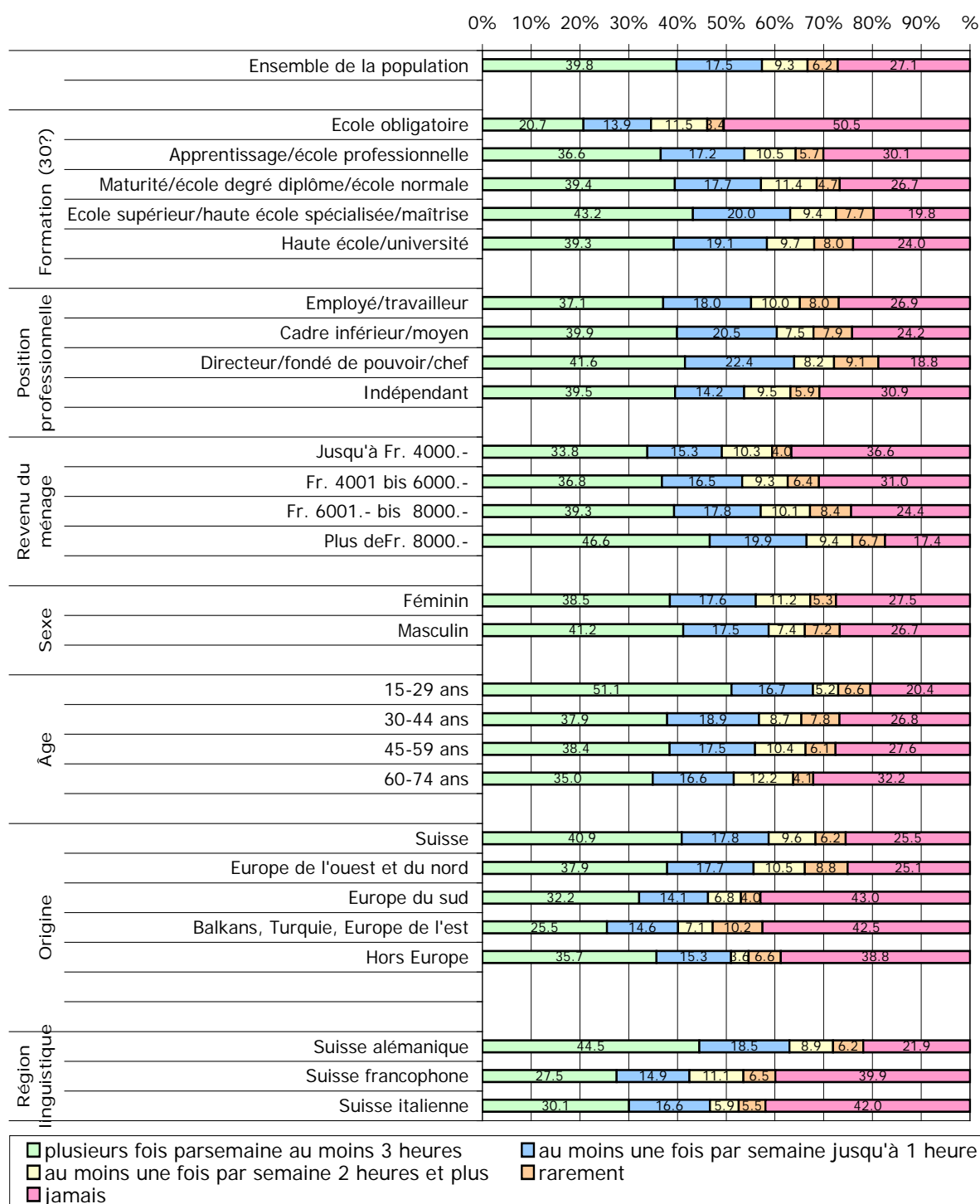
Des différences apparaissent aussi quant à l'activité physique et sportive, qui sont des éléments importants pour un style de vie favorable à la santé et qui constituent l'objet de notre *deuxième exemple*. On trouvera des informations sur l'activité physique dans l'Enquête suisse sur la santé 2002²⁶, mais nous nous limiterons ici à l'activité sportive au sens strict du terme, pour laquelle nous avons des données issues de l'étude Sport en Suisse 2008²⁷. La figure 3.8 donne un aperçu du rapport entre les différents aspects de l'inégalité sociale et la dimension de l'activité sportive. De la partie supérieure de l'illustration, il ressort que – comme dans l'enquête sur la santé – environ deux cinquièmes de la population font du sport plusieurs fois par semaine, alors qu'un peu plus d'un quart ne pratique pas de sport.

Les différences de niveau d'activité entre les différents groupes sont par endroit considérables. On voit ainsi un effet marqué de la formation, mais non de manière strictement linéaire, au sens où l'ampleur de l'activité augmenterait proportionnellement au niveau de formation. On note au contraire une très nette différence entre les personnes qui ont terminé leur formation à la fin de la scolarité obligatoire et ceux qui ont fait un apprentissage ou des études.

Pour les autres niveaux de formation, l'activité augmente légèrement, mais les universitaires sont un peu moins actifs que les diplômés d'une (haute) école spécialisée.

On peut constater quelque chose de semblable dans le secteur de la situation professionnelle où on trouve en particulier une forte proportion de personnes inactives chez les indépendants. Ce fait est peut-être dû à un emploi du temps chargé. Par contre, par rapport au revenu, l'augmentation de l'activité est clairement linéaire: plus le revenu est élevé, plus la proportion de personnes (régulièrement) actives sera élevée.

Figure 3.8.: Rapport entre les différentes dimensions de l'inégalité sociale et l'activité sportive, 2007



Remarque: L'ampleur de l'activité sportive a été établie sur la base de diverses informations concernant la fréquence et la durée de cette activité.

Source: Sport en Suisse 2008 (Lamprecht et al. 2008a).

Il est intéressant de remarquer que l'effet genre, encore marquant jusque dans les années 1990, a presque disparu: en effet, les femmes pratiquent aujourd'hui aussi souvent du sport que les hommes. Une analyse détaillée montre cependant que les hommes sont manifestement plus actifs dans leur jeunesse, qu'ils limitent ensuite plus fortement que les femmes leurs activités sportives durant leur âge mûr, mais qu'ils reprennent davantage d'activités sportives à l'âge de la retraite.²⁸ Ces effets liés à la vie apparaissent clairement dans la partie de l'illustration qui présente le niveau d'activité en fonction des groupes d'âge. On retrouve ici un phénomène que l'on a observé au niveau de la formation, mais inversé: la plus grande rupture dans l'activité sportive a lieu lors du passage de la jeunesse à l'âge adulte des 30 à 44 ans, alors que les comportements dans la suite de l'existence sont relativement stables.

Enfin, la partie inférieure de la figure illustre l'impact de l'appartenance nationale sur l'activité sportive. Il apparaît clairement ici que la population migrante ne constitue pas un groupe homogène. Tandis que des personnes venant de l'Europe du Nord ou de l'Ouest ont un niveau d'activité physique comparable à celui des Suisses, les migrants venant de l'Europe de l'Est ou du Sud ont un niveau plus faible d'activité sportive. Enfin, les différences selon les régions linguistiques sautent aux yeux; elles pourraient s'expliquer en partie par une „culture du sport“ différenciée dans les différentes régions du pays. Même si la „région linguistique“ n'est pas une inégalité au sens strict du terme, l'exemple montre que de tels facteurs doivent être pris en compte dans la promotion du sport et de l'activité physique.

On voit ainsi se confirmer les effets escomptés de l'inégalité sur le comportement face à la santé. Il convient toutefois de souligner que dans de nombreux cas les rapports ne sont pas strictement linéaires. Dans certains cas, on a aussi des effets „contraires“ et en différents endroits on voit des ruptures dans ce qu'on appelle le niveau social dans le sens où les différences entre les groupes les plus bas et les groupes intermédiaires sont plus marquées que celles entre les groupes intermédiaires et les groupes plus élevés. Ce résultat est important pour la promotion de la santé, mais il montre que les interventions auprès des membres défavorisés de la société sont particulièrement prometteuses.

c) Morbidité

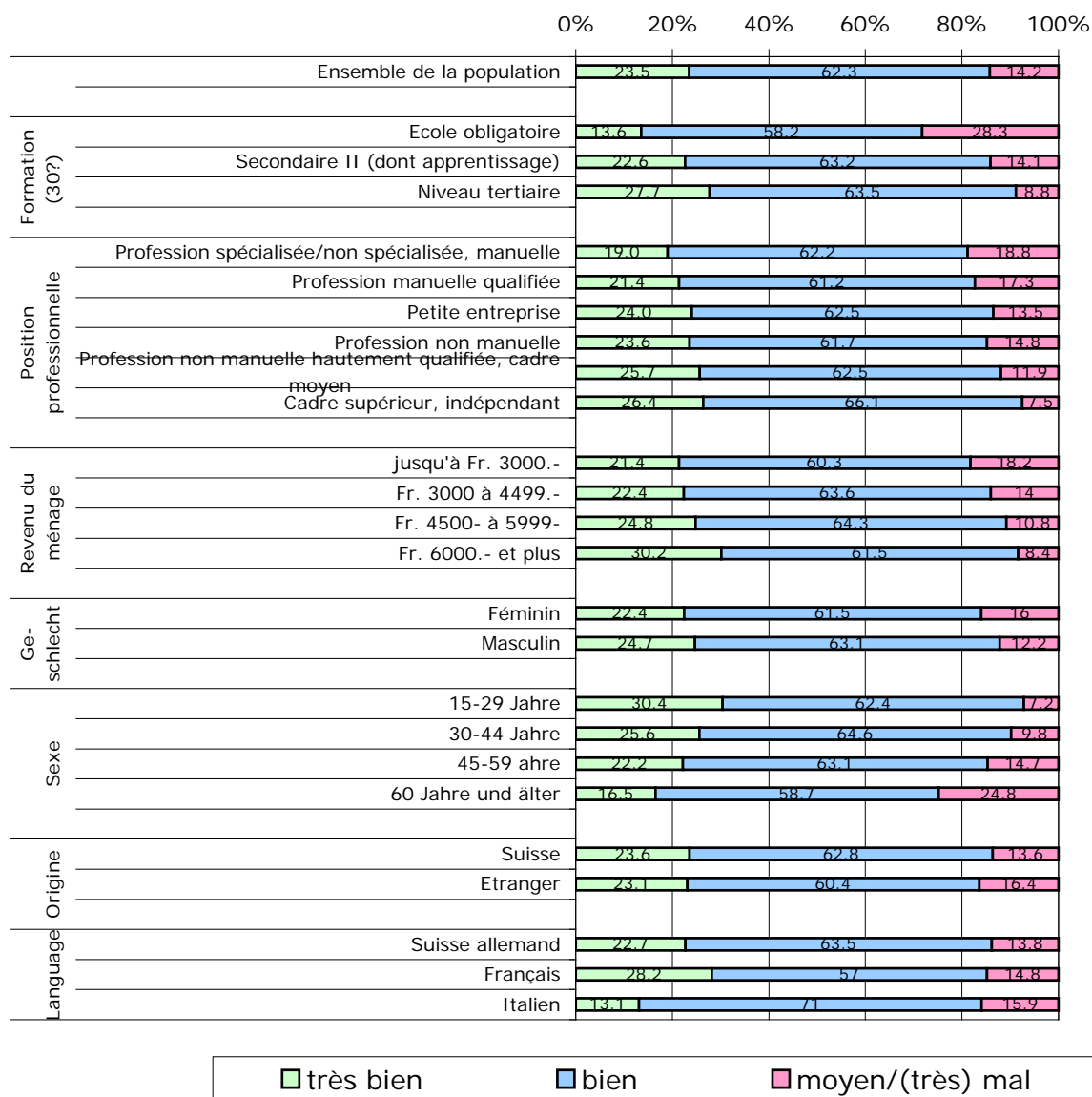
Il existe également en Suisse diverses recherches sur l'état de santé et les risques de maladies, qui confirment pour l'essentiel les résultats internationaux mentionnés ci-dessus. Il y a ainsi des relations entre différentes maladies chroniques (angine de poitrine, bronchite, asthme, ulcère de l'estomac) et le niveau de formation. La probabilité de développer un cancer est différente selon la région, le canton, le groupe professionnel et la couche sociale.²⁹ Les hommes disposant d'une formation scolaire minimale courent par exemple deux fois plus de risque de mourir d'un cancer que les universitaires.

Pour illustrer ces relations, on peut à nouveau recourir à l'Enquête suisse sur la santé 2002, qui fournit les informations sur l'état de santé subjectif de la population résidante. Comme le montre la partie supérieure de la figure 3.9, environ 85% de la population a répondu à la question „Comment vous vous sentez-vous de manière générale?“, par „très bien“ (23,5%) ou „bien“ (62,3%). A l'opposé, seule une minorité de 14,2% s'estime en „relativement bonne santé“, en „mauvaise ou très mauvaise santé“.

La figure 3.9 montre que le sentiment sur l'état de santé varie selon les différentes caractéristiques de l'inégalité sociale: les personnes d'une formation plus élevée, les cadres moyens et supérieurs, les personnes ayant un meilleur revenu et les plus jeunes décrivent manifestement plus souvent leur état de santé comme (très) bon. En revanche, la différence entre les hommes et les femmes est faible, et pour une fois on perçoit peu de différences entre les régions linguistiques, si l'on appuie ces considérations uniquement sur les déclarations relatives à un état de santé moyen ou (très) mauvais.

On obtient du reste des résultats similaires si l'on interroge sur les plaintes concernant la santé physique ou sur l'équilibre psychique – ce dernier augmentant manifestement avec l'âge.³⁰

Figure 3.9: Rapport entre les différentes caractéristiques de l'inégalité sociale et le sentiment sur l'état de santé, ESS 2002



Remarques: Réponses à la question: "Comment vous sentez-vous en général?" Chiffres selon la caractéristique entre 16'857 (formation, seulement des personnes à partir de 30 ans) et 19'701 (sexe, âge); les indications en pour-cent se basent sur les données évaluées de l'ESS 2002.

Source: Propre évaluation de l'ESS 2002

d) Mortalité

Un dernier point concerne l'espérance de vie et la mortalité, qui sont également en relation avec la situation sociale. En Suisse, on a démontré pour la première fois dans les années 1980 une relation entre la mortalité et le statut professionnel, alors que plus récemment on a enquêté plus précisément sur les effets du niveau de formation sur la mortalité des femmes et des hommes.³¹ Ainsi, dans les années 1990, l'espérance de vie s'élevait pour des hommes dans la trentaine et sans formation postsecondaire obligatoire à 43,4 ans (pour les femmes: 51,5 ans), alors que chez les détenteurs d'un

diplôme universitaire elle atteignait 50,4 ans (pour les femmes: 55,1 ans). Ces différences diminuent certes avec l'âge, mais ne disparaissent pas complètement. La différence de mortalité ne peut donc pas être simplement mise en relation avec les risques engendrés par la profession, mais aussi aux ressources culturelles et sociales qui influent sur les conditions de vie et son accomplissement.

Les résultats actuels de l'étude Swiss National Cohort contenant les données des années 2001 à 2004 confirment et complètent ces faits.³² Si l'on considère les groupes professionnels, on peut dire que les universitaires ont le plus faible risque de mortalité, alors que les travailleurs manuels détiennent le risque le plus élevé. Les risques de mortalité sont cependant manifestement encore plus élevés chez les chômeurs. Il est intéressant de remarquer que le statut d'immigré a pour une fois un effet positif: la population résidente étrangère possède un risque de mortalité un peu plus bas que la population suisse.

On voit donc clairement des relations entre l'espérance de vie, la mortalité et l'inégalité sociale. Mais il est, une fois de plus, clair qu'il est délicat de faire appel à une seule dimension de l'inégalité pour expliquer les différences, puisque plusieurs inégalités peuvent se superposer. C'est ce que peut montrer un dernier exemple. Prenons de nouveau le sentiment sur l'état de santé et comparons deux groupes extrêmes: l'un des groupes se caractérise par la combinaison d'une formation de bas niveau et d'un revenu très limité (équivalent à un revenu de ménage de CHF 3000.-), l'autre groupe réunit des universitaires avec un revenu élevé (plus de CHF 6000.-). Dans le premier groupe, seuls 12% s'estiment en très bonne santé, alors que 29% s'estiment moyennement en santé ou en (très) mauvaise santé. Pour le second groupe, en revanche, les valeurs correspondantes sont inversées: 31% s'estiment en très bonne santé et 7% de santé moyenne ou en mauvaise santé.

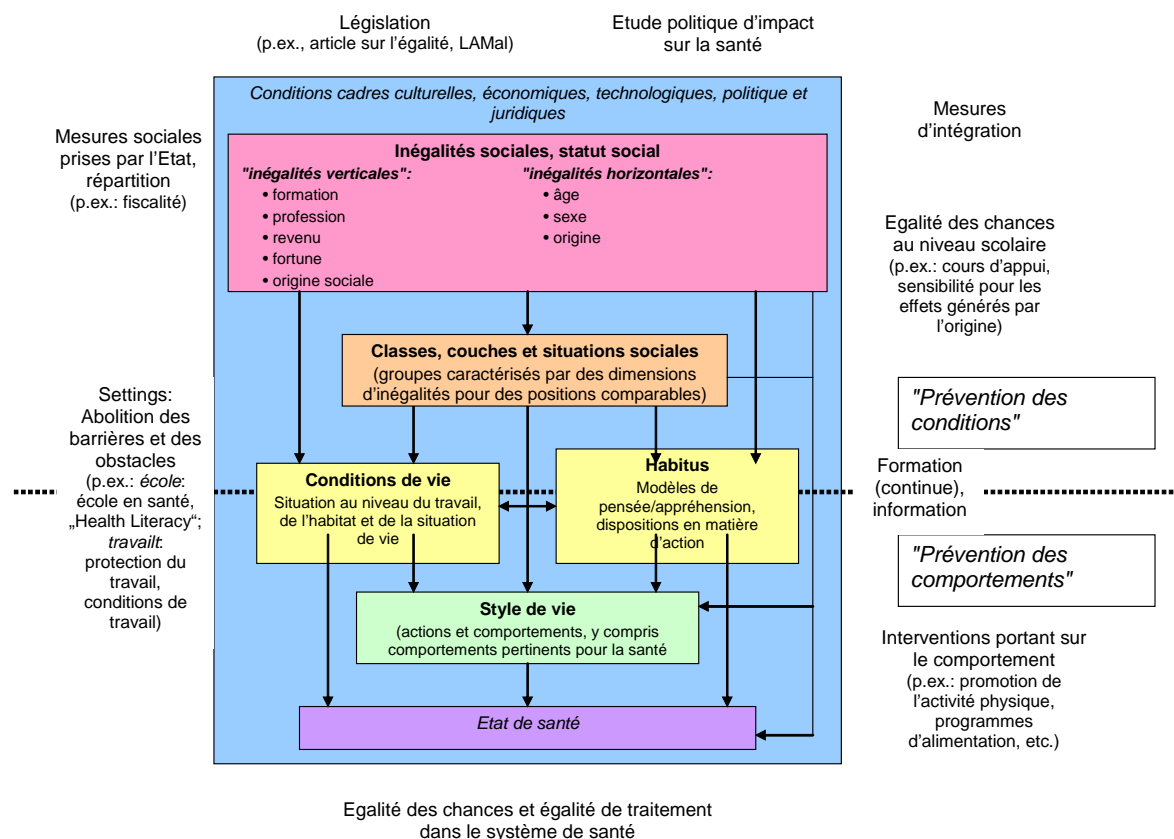
4. Que peut et doit faire la promotion de la santé?

Les enjeux de la promotion de la santé sont étroitement liés à la problématique de l'inégalité. C'est ce que nous pouvons déduire de la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1986. Celle-ci précise entre autres que l'objectif de la promotion de la santé est de «réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé.»³³

La citation fait référence à deux approches de la promotion de la santé: celle-ci peut soit essayer d'éliminer directement les inégalités et ainsi créer davantage d'égalité de chances par rapport à la santé, soit viser la réalisation de l'égalité des chances. On pourrait trouver des exemples pour la première approche dans le cas de la loi sur l'assurance maladie qui garantit à tous les assurés, indépendamment de leur origine et de leur position sociale, des soins de santé adéquats, ou dans les mesures de redistribution sociale adoptées par l'Etat en faveur d'une réduction des différences de revenus et la création d'une plus grande égalité (cf. aussi les exemples mentionnés à la figure 4.1).

Le postulat de l'égalité des chances présuppose au contraire que les règles déterminantes pour la réussite ou l'échec d'un être humain doivent être les mêmes pour tous. L'égalité des chances repose sur des conditions initiales identiques et un traitement identique, mais accepte les différences et les inégalités qui peuvent apparaître par la suite.³⁴ On trouve par exemple ces approches dans le système de formation qui a amélioré ces dernières décennies l'accès et les chances de réussite des enfants issus de milieux plus modestes. En ce qui concerne l'égalité des chances, de nombreuses mesures de promotion de la santé visent aussi des groupes spécifiques. Nous y reviendrons plus loin (cf. figure 4.1).

Figure 4.1: Exemples d'approches significatives d'inégalité dans la politique et la promotion de la santé



Les exemples montrent qu'il ne faut pas limiter la promotion de la santé aux cas «d'inégalités relatives à la santé» au sens strict du terme, mais qu'il faut la thématiser sur le plan général des inégalités sociales. Si, comme on l'a montré plus haut, le revenu, la profession, etc., ont des impacts sur la santé, il s'agit précisément d'agir sur ces caractéristiques en attendant les plus grands effets. Ou, en termes de prévention: la prévention du comportement ou de l'attitude, qui ne prend pas en considération le setting de santé, ne suffit pas. Il faut en plus une prévention générale en vue d'améliorer les *conditions de vie* de la population. En conséquence, la promotion de la santé est une approche intersectorielle qui doit porter sur la politique sociale, l'emploi et la formation. Dans ce contexte, ce qu'il est convenu d'appeler les «études d'impact sur la santé» est d'une grande importance: il désigne l'analyse des effets sur la santé des programmes politiques généraux et des diverses interventions.³⁵

Mais les effets directs auprès des groupes cibles ou des settings spécifiques sont, en général, au premier plan des interventions concrètes de la promotion de la santé. On peut trouver dans chaque projet de promotion de la santé un lien avec la problématique de l'inégalité. Mais ce qui distingue les différents projets, c'est le fait que certains établissent explicitement ces relations, d'autres font plutôt porter leur contenu sur le plan structurel global ou des contenus immédiatement en relation avec la santé ou, enfin, d'autres encore qui visent l'égalité des chances ou la réalisation directe de l'égalité.

L'annexe 2 du présent document contient une liste des projets en cours, qui thématisent une ou plusieurs dimensions de l'inégalité. Nous n'en donnerons ici que quelques exemples typiques.

- Dans la première phase du projet „*FemmesTische*“, on a mis en place des tables rondes pour les femmes issues de l'immigration; dans ce cadre, on a pu communiquer des connaissances sur les thèmes de l'éducation et de la santé. Dans une deuxième phase, soutenue par le centre de prévention des dépendances d'Uster, on doit créer, dans l'Oberland zurichois, des «tables rondes interculturelles» qui permettront aux femmes migrantes d'échanger avec les Suissesses.

Ce projet orienté avant tout sur l'égalité des chances en ce qui concerne la santé (meilleures chances de participation) thématise explicitement les caractéristiques du genre et de l'immigration, mais fait aussi explicitement référence à un certain nombre d'autres caractéristiques de l'inégalité. Dans sa phase initiale tout au moins, le projet était fortement orienté vers les femmes migrantes, à la formation limitée et aux revenus les plus modestes, issues des couches sociales les plus basses, qui avaient un habitus spécial (marqué culturellement) et une situation de vie spécifique. Il s'agissait de transmettre à ces personnes des compétences en santé, qui devaient réduire l'inégalité quant à la santé et, de manière générale, améliorer leur participation à la vie sociale.

De manière analogue, mais sans focalisation explicite sur le genre, le projet „*Saglik*“ (services de la santé de Bâle) vise, au moyen d'un magazine sur la santé en langue turque, à améliorer les compétences en matière de santé d'une partie de la population immigrée à Bâle.

- Les projets: „*Les recettes à quat'sous*“ (Service Social de la Ville de Genève) et „*Gesundheitliche Chancengleichheit im Billigtrend*“ (ISPM de l'Université de Berne) visent tous deux l'alimentation des groupes à faible revenu. Le premier projet poursuit un but similaire à «FemmeTische» et veut instaurer l'égalité des chances dans l'utilisation des multiplicateurs qui permettent de créer des compétences en matière de santé pour les personnes à faible revenu. Il est frappant de constater ici que les caractéristiques du sexe et de la migration sont choisies comme étant d'importants critères supplémentaires.

Le deuxième projet adopte une approche davantage orientée vers les inégalités fondamentales; il cherche la collaboration avec les grands distributeurs et les organisations dans le domaine alimentaire. Partant de la thèse que les produits bon marché sont particulièrement prisés par les groupes de personnes à faible revenu, le projet cherche à analyser ces produits sous les angles scientifiques de leur valeur nutritionnelle et à formuler des propositions et des modifications. Si le projet pouvait aboutir à ce que les grands distributeurs proposent des produits bon marché et sains, il pourrait, en plus de l'objectif désigné dans son titre sur l'égalité des chances, contribuer à une réduction des inégalités fondamentales qui proviennent des différences de revenus.

- On trouve du reste de semblables approches chez Promotion Santé Suisse sous le titre général «*Renforcer la promotion de la santé et la prévention* » qui utilise l'„étude d'impact sur la santé“ mentionné ci-dessus et le lobbying en vue de réduire l'inégalité relative à la santé sur différents plans politiques.
- Les caractéristiques de l'âge, du revenu ainsi que les conditions de vie intermédiaires et l'habitus sont au centre de différents projets pour la jeunesse tels que „*Bientraitance – un antidote à la maltraitance*“ (Fondation Charlotte Olivier, Fribourg) et „*Porta Nova*“ (Infoclick.ch). Les deux projets sont plutôt ancrés sur le plan général de la société, parce que, comme plateformes générales pour l'échange d'informations, ils offrent une contribution à l'intégration et à l'égalité des chances des jeunes (handicapés), et ne thématisent l'inégalité relative à la santé que dans un deuxième temps.

Ce rapide aperçu montre que l'inégalité est un thème important dans tous les projets cités, qui abordent différentes caractéristiques et niveaux de l'inégalité. En fait, on ne trouve presque pas de projet – sauf peut-être les campagnes très générales – ou de programme de promotion de la santé qui ne fasse référence à l'inégalité.

Il faut cependant remarquer, en référence aux exemples cités, que les différentes dimensions de l'inégalité et leur relation avec le projet ne sont souvent pas explicitement thématisées, mais – tout au plus – mentionnées en passant. Il pourrait y avoir trois raisons à cette omission: *Premièrement*, on admet souvent que les inégalités supposées et les effets escomptés sont de toute façon clairs et ne nécessitent pour cette raison pas de discussion explicite. *Deuxièmement*, ce manque de référence pourrait être la conséquence d'une sensibilisation insuffisante à la problématique de l'inégalité ou de connaissances incomplètes sur l'impact et les liens des différents aspects de l'inégalité. *Enfin*, étroitement lié à ce manque, il pourrait y avoir les incertitudes concernant la classification de la problématique de l'inégalité dans la planification et la mise en œuvre du projet. Cela apparaît clairement lorsque nous nous demandons où, dans le concept de *best practice* de Promotion Santé Suisse³⁶, le thème de l'inégalité joue un rôle. (p.7):

„[...] Prendre systématiquement en compte *les valeurs* et principes de la promotion de la santé et le Public Health, se fonder sur les *connaissances* scientifiques actuelles et les connaissances des experts, prendre en considération les facteurs *contextuels* importants ainsi qu'atteindre les effets prévus. » (en italiques dans l'original)

Si nous prenons cette définition comme point de départ, il est clair que l'inégalité joue un rôle par rapport à toutes les dimensions citées:

- *Valeurs*: La réduction des inégalités, respectivement l'établissement de l'égalité (des chances) sont l'un des principaux objectifs de la promotion de la santé, qui repose essentiellement sur la valeur d'égalité.
- *Connaissances*: Le présent document montre clairement que de solides connaissances sur les effets des inégalités sont d'une importance capitale pour la prise de décision stratégique et la planification de mesures concrètes de promotion de la santé. Seul celui qui peut justifier que les structures de l'inégalité sont dommageables pour la santé ou contreviennent à l'idéal de l'égalité des chances en ce qui concerne la santé a des chances de se faire entendre et de planifier des interventions couronnées de succès.
- *Contexte*: L'inégalité est un facteur contextuel central de la promotion de la santé; même là où une mesure a, à première vue, peu de rapport avec l'inégalité, les structures de l'inégalité existantes constituent des conditions cadres importantes qui contribuent au succès de la mesure. Il faut d'ailleurs relever à ce propos que lors de l'identification de groupes cibles et de leurs conditions spécifiques de vie on fait en règle générale (et souvent sans que l'on en soit conscient) référence à une ou plusieurs caractéristiques de l'inégalité.

Enfin, il ne faut pas oublier, dans la citation, le niveau des effets, car dans les meilleurs des cas la promotion de la santé a aussi des effets sur l'inégalité, en ce sens qu'elle contribue à réduire les inégalités relatives à la santé ou à développer une plus grande égalité des chances.

L'un des objectifs du présent document consiste à apporter une contribution à la sensibilisation aux questions de l'inégalité et ainsi à un approfondissement du concept de *best practice* élaboré par Promotion Santé Suisse. En effet, grâce à une réflexion systématique sur les dimensions importantes de l'inégalité et leurs effets sur la santé et sur la promotion de la santé, on peut clairement délimiter des projets concrets et des interventions des autres mesures; on peut aussi mieux cibler les groupes et augmenter les chances de succès des projets et interventions. Le dernier chapitre comporte à ce sujet quelques indications sur les questions importantes qui se posent en rapport avec le thème de «l'inégalité dans la promotion de la santé».

5. Résumé et perspectives

Malgré toutes les prétentions à l'égalité, les sociétés modernes se caractérisent par un degré élevé d'inégalité sociale. En Suisse, nous trouvons aussi bien dans les inégalités «traditionnelles» comme la formation, la profession, le revenu et la fortune que dans les «nouvelles» inégalités comme l'âge, le sexe et la migration, des différences marquées entre les différents groupes de la population. Ces différences ont des effets sur le comportement face à la santé et sur l'état de santé.

Il faut toutefois noter qu'une formation élevée ou un revenu supérieur à la moyenne ne conduisent pas automatiquement à un style de vie plus sain et à une meilleure santé, mais que l'effet de l'inégalité peut être modulé et modifié par des situations de vie immédiates et des préférences de comportement (habitus). Cela engendre une série de conséquences que nous ne pouvons encore une fois que résumer ici:

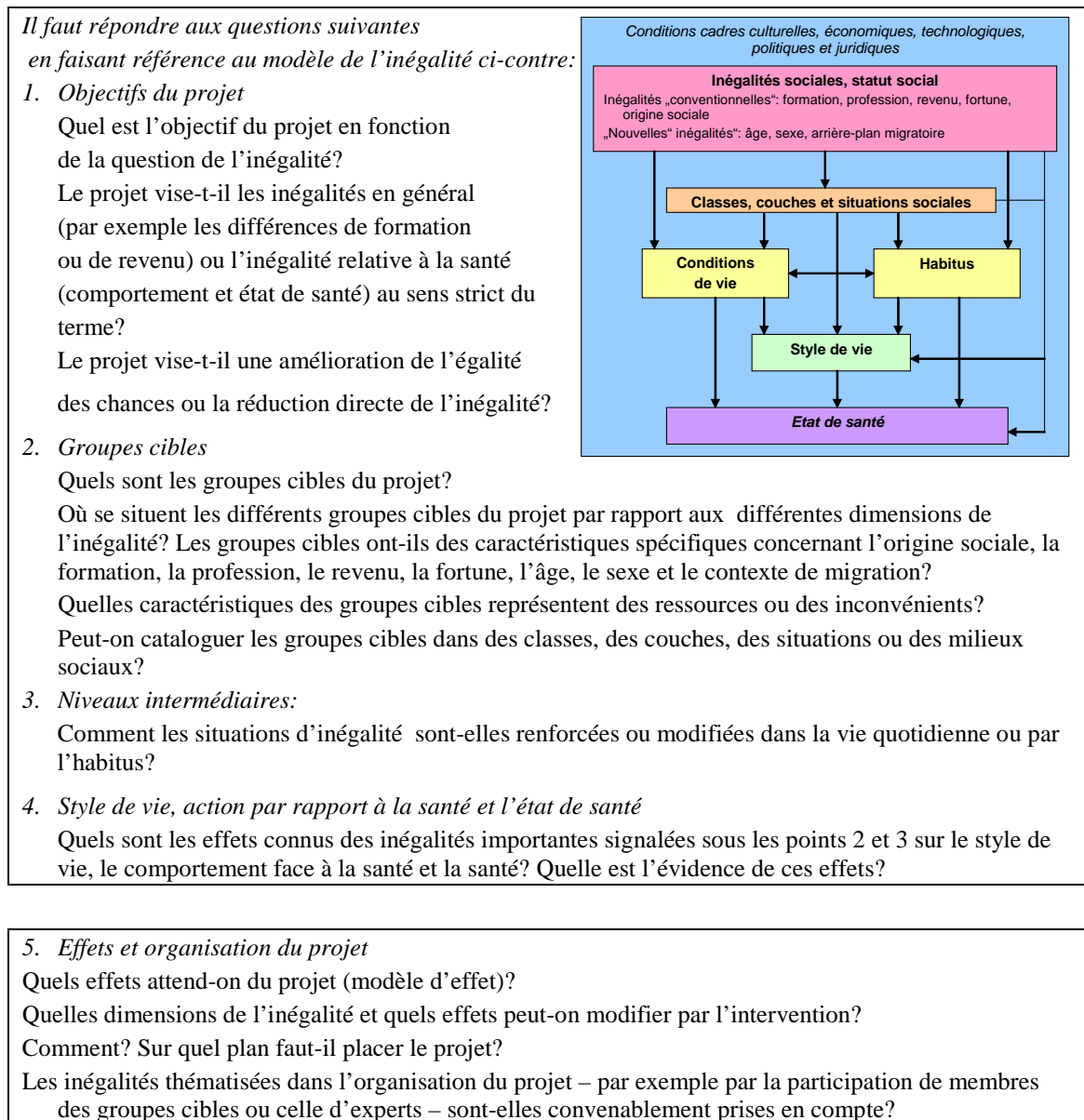
- a) *La promotion de la santé et les questions relatives à l'inégalité ne peuvent pas être séparées:* Selon la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé et les résultats de la recherche correspondante, l'un des objectifs centraux de la promotion de la santé est la réduction de l'inégalité quant à la santé, qui, de son côté, est étroitement liée aux inégalités sociales. Pour cette raison, la promotion de la santé est toujours aussi «promotion de l'égalité». C'est une des raisons pour lesquelles les réflexions sur l'inégalité sont importantes pour les approches d'une *best practice*.
- b) *Une promotion de la santé qui fait référence à l'inégalité s'appuie aussi bien sur le plan de la société en général que sur le comportement par rapport à la santé et sur la santé:* La promotion de la santé peut essayer de réduire directement les inégalités relatives à la santé, par exemple en développant une assistance à la santé ou en prenant des mesures visant à promouvoir un comportement sain. Mais aussi par des approches intersectorielles qui tentent d'améliorer la structure de répartition dans la société, par exemple en réduisant les inégalités de revenus ou en mettant de côté les discriminations dans le domaine professionnel, on peut, grâce à une amélioration des conditions de vie et à une modification des dispositions à agir, s'attendre à une réduction de l'inégalité quant à la santé. Les objectifs de la promotion de la santé peuvent donc être atteints de deux manières: par une action directe sur les dimensions importantes de l'inégalité (*réduction directe des inégalités*) ou par la réalisation de *l'égalité des chances*.
- c) *Les praticiens de la promotion de la santé doivent développer leur prise de conscience de l'impact de l'inégalité sur la santé et prendre systématiquement en compte la problématique de l'inégalité dans la planification et la mise en œuvre de leurs projets:* Nous possédons tous une compréhension intuitive de l'inégalité. Dans chaque situation, nous sommes en mesure d'identifier et de désigner sans trop de difficultés les problèmes d'inégalité. Mais ce qui nous manque souvent, c'est une connaissance systématique des rapports et des liens forts des différentes dimensions de l'inégalité. Nous pouvons ainsi nous représenter les différences de salaire sur le lieu de travail, mais nous oublions que derrière ces différences il peut y avoir aussi des qualifications et des expériences différentes des employés. Ou nous concluons précipitamment, à partir des conditions précaires de vie des requérants d'asile et des travailleurs étrangers, à des problèmes liés à une population immigrée. Nous oublions alors les immigrés bien intégrés qui travaillent dans les hautes écoles ou dans les sphères supérieures des grandes entreprises.

Il peut être utile, dans ce contexte, lors de la planification et de la réalisation d'un projet, de compléter les avantages généraux du concept de *best practice* de Promotion Santé Suisse par une série de questions concrètes sur la structure et l'impact de l'inégalité dans le contexte du projet. On peut, par exemple, faire référence au modèle général d'inégalité représenté plus haut et à la figure 5.1, qui reprend ce modèle sous une forme simplifiée, pour essayer de répondre à ces questions.

Il convient d'abord de se demander quels objectifs liés à l'inégalité poursuit le projet, tandis que les questions 2 à 4 se rapportent aux différents niveaux du modèle de référence. Il peut être utile ici de faire jouer les différents niveaux avec les huit types d'inégalité présentés au chapitre 2, et de se demander à chaque fois quelles sont les inégalités qui interviennent, de quelle manière elles le font et à quel niveau du modèle.

Les questions d'inégalité dans la planification et la mise en œuvre de projets de promotion de la santé

Figure 5.1: Questions essentielles sur l'inégalité pour la planification et la réalisation de projets de promotion de la santé



Une promotion de la santé sensible aux questions de l'inégalité apporte quasi automatiquement une contribution à l'établissement d'une société plus égale en ce qui concerne les chances. Pour pouvoir jouer pleinement son rôle, une telle promotion de la santé doit s'appuyer sur divers autres acteurs et organisations. Il importe ici en particulier de collaborer avec la politique, car le thème de l'inégalité est un thème politique explosif dans notre société. Etant donné que la promotion de la santé peut devenir ainsi la cible de politiques anti-égalitaires, elle a tout intérêt à envisager des alliances possibles et à songer aux conditions cadres politiques ad hoc.

Bibliographie

a) Littérature recommandée pour une introduction à la thématique

Burzan, Nicole (2004): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.	Introduction à la discussion sur l'inégalité, facile à lire
Stamm, Hanspeter, Markus Lamprecht und Rolf Nef (2003): Ungleichheit in der Schweiz. Strukturen und Wahrnehmungen. Zürich: Seismo.	Données empiriques sur l'inégalité en Suisse
Levy, René, Dominique Joye, Olivier Guye und Vincent Kaufmann (1997): Tous égaux? De la stratification aux représentations. Zurich: Seismo.	Ouvrage fondamental en français sur l'inégalité en Suisse
Bihr, Alain et Roland Pfefferkorn (1995): Déchiffrer les inégalités. Paris: Syros.	Introduction à la discussion sur l'inégalité avec un chapitre sur l'inégalité relative à la santé
Marmot, Michael (2005): "Social determinants of health inequalities". The Lancet 365: 1099-1104.	Bon résumé des déterminants importants de l'inégalité relative à la santé
Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Hans Huber. Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.	Ouvrage de référence en allemand sur le contexte de l'inégalité et de la santé, avec de nombreux résultats empiriques; le titre de 2005 comporte un „résumé“.
On trouvera aussi des introductions judicieuses à la thématique de „l'inégalité relative à la santé“ dans la bibliographie qui suit. Il faut signaler en particulier Siegrist (2005) et le collectif de Richter et Hurrelmann (2006) (en particulier la contribution de Hradil), ainsi que – en langue anglaise – Bartley (2004), Budrys (2003) et Graham (2007).	

b) Littérature citée dans le texte et pour une recherche plus approfondie

- Altgeld, Thomas (2006): "Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen." S. 389-404 in: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.)(2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Babitsch, Birgit (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Huber.
- BAG/Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel (2008): Fokusbericht Gender und Gesundheit. Basel, Bern: BAG/ISPM.
- Bartley, Mel (2004): Health Inequality: Theories, Concepts and Methods. Cambridge: Polity Press.
- OFS (2005a): Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse, 1992-2002 (Enquête suisse sur la santé). Neuchâtel: OFS.
- BFS (2005b): Entwicklung der Sozialstruktur. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2005c): Die Integration der ausländischen zweiten Generation und der Eingebürgerten in der Schweiz. Neuchâtel: OFS.
- OFS (2006): Activité physique, sport, santé. Statsanté 1/2006. Neuchâtel: OFS.
- OFS(2007): Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse, 2005-2050. Neuchâtel: OFS.
- OFS(2008a): Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (rapport court). Neuchâtel: OFS.
- OFS (2008b): Indicateurs du marché du travail 2008. Neuchâtel: OFS.
- OFS (2008c): Bas salaires et working poor en Suisse. Neuchâtel: OFS.
- Bihr, Alain et Roland Pfefferkorn (1995): Déchiffrer les inégalités. Paris: Syros.
- Bisig, Brigitte et Felix Gutzwiller (1999): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

- Bisig Brigitte, Matthias Bopp et Christoph E. Minder (2001): "Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. S. 60-70 in: Andreas Mielck und Kim Bloomfield (Hg.): Sozialepidemiologie. Weinheim & München: Juventa.
- Bornschiefer, Volker (1996): Westliche Gesellschaft – Aufbau und Wandel. Zürich: Seismo.
- Bopp, Matthias und Christoph E. Minder (2003): „Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort“. International Journal of Epidemiology 32: 346-354.
- Bosc, Serge (1993): Stratification et transformations sociales. La société française en mutation. Paris: Nathan.
- Boudon Raymond (1973): L'inégalité des chances. La mobilité sociale dans les sociétés industrielles. Paris: Colin.
- Bourdieu, Pierre (1983): "Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital". In: Kreckel, Reinhard (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz, S. 183-198.
- Bourdieu, Pierre (1979): La distinction: critique sociale du jugement. Paris: Editions de minuit
- Budrys, Grace (2003): Unequal Health. How Inequality Contributes to Health or Illness. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Burzan, Nicole (2004): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Cyba, Eva (2000): Geschlecht und soziale Ungleichheit. Konstellationen der Frauenbenachteiligung. Opladen: Leske+Budrich.
- ESTV (2006): Gesamtschweizerische Vermögensstatistik der natürlichen Personen 2003. Bern: ESTV.
- Geppert, Jochen und Jutta Kühl (Hg.)(2006): Gender und Lebenserwartung. Bielefeld: Kleine.
- Promotion Santé Suisse (2007): Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention: Konzept und Leitlinien für Entscheidungsfindung und fachliches Handeln. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Graham, Hilary (2007): Unequal Lives. Health and Socio-economic Inequalities. Maidenhead. Open University Press.
- Hradil, Stefan (2006): "Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil?" S. 33-52 in: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.)(2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jahn, Ingeborg et Petra Kolip (2002): Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kaya, Bülent (2007): Grundlegendokument 'Migration und Gesundheit'. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Lamprecht, Markus, Claudia König et Hanspeter Stamm (2006): Gesundheitsbezogene Chancengleichheit. Grundlegendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Lamprecht, Markus und Hanspeter Stamm (2006): Activité physique, sport, santé. (Statsanté 1/2006). Neuchâtel: BFS.
- Lamprecht, Markus, Adrian Fischer et Hanspeter Stamm (2008a): Sport Suisse 2008. Activités et consommation sportives de la population suisse. Macolin: Office fédéral du sport
- Lamprecht, Markus, Adrian Fischer et Hanspeter Stamm (2008b): Sport Suisse 2008. Rapport sur les enfants et les adolescents. Macolin: Office fédéral du sport
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury et Christoph E. Minder (1990): »Health and social inequities in Switzerland«. Social Science and Medicine 31 (3), S. 369-386.
- Levy, René, Dominique Joye, Olivier Guye et Vincent Kaufmann (1997): Tous égaux? De la stratification aux représentations. Zurich: Seismo.
- Mackenbach, Johan P. (1998): »The Dutch experience with promoting research on inequality in health«. In: Arve-Parès (Hg.): Promoting research on inequality in health. Stockholm: Swedish Council for Social Research, S. 19-28.
- Marmot, Michael (2005): "Social determinants of health inequalities". The Lancet 365: 1099-1104.
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Hans Huber.
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.
- Pfefferkorn, Roland (2007): Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classes, rapport de sexes. Paris: La Dispute.

- Richter, Matthias et Klaus Hurrelmann (Hg.)(2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Savidan, Patrick (2007): Repenser l'égalité des chances. Paris: Bernard Grasset.
- Schopper, Doris et Reto Obrist (2005): »Das Nationale Krebsprogramm für die Schweiz 2005-2010«. Schweizerische Ärztezeitung 86 (21), S. 1298-1305.
- Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie (6. Auflage). München: Urban & Fischer.
- Stamm, Hanspeter, Markus Lamprecht et Rolf Nef (2003): Ungleichheit in der Schweiz. Strukturen und Wahrnehmungen. Zürich: Seismo.
- Stamm, Hanspeter et Markus Lamprecht (2008): "Bildung als Gesundheitsressource". In: Obsan (Hg.): Schweizerischer Gesundheitsbericht. Bern: Huber.
- Stamm, Hanspeter, Adrian Fischer et Markus Lamprecht (2007): "Einkommen und Vermögen. Nimmt die Ungleichheit zu?". in: Caritas (Hg.): Sozialalmanach 2008. Luzern: Caritas.
- Vader, John-Paul, Christoph E. Minder et Thomas Spuhler (1993): »Sterblichkeit«. In: Weiss, Walter (Hg.): Gesundheit in der Schweiz. Zürich: Seismo, S. 17-28.
- Wang, Jen und Margareta Schmid (o.J.): Regional differences in health literacy in Switzerland. Manuskript. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin (in elektronischer Form verfügbar unter www.gesundheitskompetenz.ch).
- WHO (2007): A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. April 2007. WHO: ohne Ort.

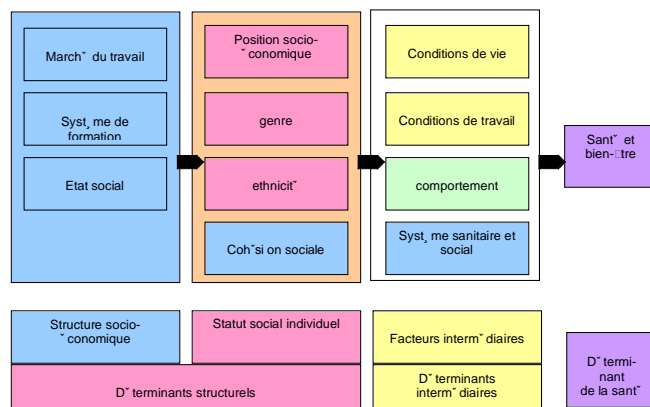
Annexe 1: Remarques sur les modèles d'inégalité de l'OMS et de l'OFSP

Le modèle d'inégalité présenté dans le présent document et dans la partie droite de la figure A1 n'est qu'un des nombreux modèles qui peuvent intervenir dans le débat scientifique. Ces dernières années, le modèle développé par l'OMS (2007) s'est imposé et a été repris dans les récentes publications de l'OFSP (2008). Le modèle de l'égalité des chances de l'OMS proposé dans la partie gauche de la figure A1 semble à première vue se distinguer fortement de celui utilisé ici. Mais un regard plus attentif fait apparaître des parallèles notables, qui sont signalés dans la figure par le fait que les parties comparables des deux modèles sont de la même couleur.

Les deux modèles renvoient d'abord aux conditions fondamentales (en bleu) qui sont nommées dans le modèle de l'OMS «structure socio-économique» et dans le modèle utilisé ici «conditions cadres». Les deux modèles thématisent également quelques dimensions de l'inégalité (rouge) et les niveaux intermédiaires des conditions de vie (jaune) et du style de vie/comportement (vert) pour la santé (lilas). L'ordre des dimensions et des relations entre elles est comparable dans les deux modèles: il va des structures supérieures (bleu) aux caractéristiques de l'inégalité (rouge), puis aux conditions intermédiaires (vert) et aux conséquences sur le comportement et sur la santé (lila).

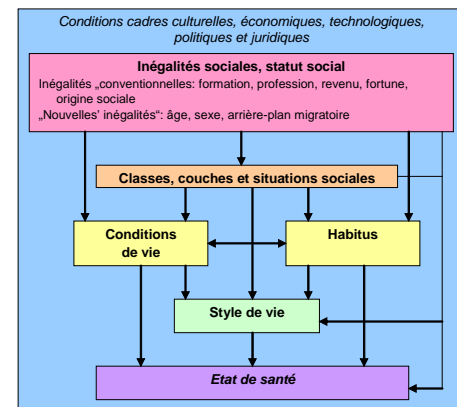
Figure A1: Comparaison du modèle de l'inégalité utilisé avec celui de l'OMS

Modèle de l'inégalité de l'OMS



Source: OFSP/ISPM (2008)

Modèle repris dans le présent document



Mais il y a une série de différences entre ces deux modèles, qui doivent essentiellement être imputées à une différence de focalisation. Le modèle de l'OMS tente de représenter de la manière la plus globale possible la problématique de l'égalité des chances en tenant compte des différences entre les divers pays membres. Le présent modèle se limite quant à lui à analyser la situation de l'inégalité en Suisse; il présente la situation de manière plus différenciée que ne peut le faire le modèle de l'OMS.

En conséquence, le présent modèle thématise l'alternance et la densification des différentes dimensions de l'inégalité de manière plus explicite que ne le fait le modèle de l'OMS. De plus, notre modèle introduit l'habitus comme dimension intermédiaire à forte composante subjective. Par contre, l'OMS utilise le concept de la cohésion sociale (solidarité) comme dimension essentielle de l'inégalité et insère au niveau des facteurs intermédiaires le système sanitaire et le système de sécurité sociale comme facteurs d'influence indépendants. Les deux dimensions ont une importance considérable sur le plan international, mais ne peuvent être considérées, en ce qui concerne la Suisse, que comme des conditions cadres relativement constantes (marquées dans la figure, par souci de simplicité, en bleu). D'une manière générale, les deux modèles sont cependant très proches l'un de l'autre et conduisent à des énoncés similaires.

Annexe 2: Quelques projets suisses de promotion de la santé en référence à la problématique de l'inégalité

<i>Nom du projet et organe responsable</i>	<i>Caractéristiques principales, groupes cibles</i>	<i>Brève description</i>
Gesundheitliche Chancengleichheit im Billig-Trend ISPM Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern	- Revenu - Conditions cadres générales	Dans l'esprit de l'égalité des chances face à la santé pour les couches de la population les plus défavorisées, on examine les lignes de produits bon marché des grands distributeurs pour voir dans quelle mesure elles entraînent des inconvénients pour la santé des consommateurs. Grâce à un jugement critique des contenus de ces produits, de leur valeur nutritive, de leur conditionnement et de la composition de la gamme, on montre les relations importantes qu'ils ont avec la santé publique. Afin de sensibiliser les principaux acteurs, les résultats de l'enquête sont présentés lors d'une table ronde réunissant des représentants des grands distributeurs, de Promotion Santé Suisse, de la Société suisse de Nutrition ainsi que des organisations de protection des consommateurs. Ces résultats sont ensuite publiés.
Les recettes à quat'sous Service Sociale de la Ville de Genève	- Revenu - Conditions de vie	Objectif: Créer des espaces et des moments de rencontre autour de l'alimentation saine et équilibrée à moindre coût. Ce projet vise à aborder cette problématique par l'intervention de multiplicateurs appartenant eux-mêmes aux publics cibles. Ces personnes sont recrutées par l'entremise d'associations d'entraide. Elles s'engagent dans un processus solidaire consistant à recevoir une courte formation sur l'alimentation équilibrée dont elles se serviront, ainsi que de leurs propres compétences, pour animer à leur tour des ateliers ouverts à toute la population, mais prioritairement à des groupes cibles prédéfinis (familles ou individus à revenu modeste ou d'origine étrangère). Ces animations vont associer théorie et pratique autour de l'alimentation et lien social et de proximité à l'intérieur des quartiers.
Présence bénévole Association Neuchâteloise de Services Bénévoles ANSB	- Age - Conditions de vie	Avec son projet „présence bénévole“, l'Association neuchâteloise de services bénévoles ANSB voudrait offrir aux personnes âgées, qui sont souvent isolées à la maison, des possibilités de contact en dehors des structures familiales et professionnelles. Ces possibilités ne remplacent pas les soins ni les aides ménagères. L'objectif du projet est d'entretenir des relations sociales avec des personnes qui n'en ont plus elles-mêmes la force ou les moyens. Les volontaires peuvent ainsi se retrouver dans une activité douée de sens et développer de nouvelles compétences. L'élaboration et la mise en œuvre du concept incluant un programme de formation (1 jour par mois) et une supervision se déroulent sur trois ans. Une évaluation a lieu chaque année.
Bienveillance – un antidote à la maltraitance Fondation Charlotte Olivier, Fribourg	- Age - Revenu - Conditions de vie - Habitus	L'objectif principal du projet „Bienveillance“ est d'améliorer l'accès et la participation des enfants et adolescents entre 7 et 17 ans, en particulier ceux qui sont issus de familles socialement défavorisées, aux activités communautaires favorisant le développement personnel et de contribuer à leur procurer un environnement propice à la santé. A cette fin, on développera un dispositif durable, que l'on appliquera et évaluera. Ce dispositif soutiendra les fournisseurs d'activités communautaires (groupes plutôt officiels et associations). A la base du projet, il y a le nouveau paradigme de la «bienveillance», qui doit garantir un développement optimal des enfants et adolescents. Partant de la thèse selon laquelle la participation à des activités de groupes appropriées constitue un aspect de promotion de la santé (estime de soi, estime de son corps, découverte et valorisation des ressources de chacun, apprentissage des limites, gestion des émotions, tolérance à l'échec et à la frustration, gestion des conflits et maîtrise de la violence), le projet voudrait identifier et mobiliser les ressources inutilisées. Pour le projet, la garantie d'un développement sain des enfants et adolescents n'est pas l'affaire exclusive des professionnels, de l'école ou de la famille, mais aussi celle d'organisations comme les clubs sportifs, les groupes de musique et tous les autres groupes avec des activités artistiques communes, les associations de jeunesse, les associations culturelles.

<i>Nom du projet et organe responsable</i>	<i>Caractéristiques principales, groupes cibles</i>	<i>Brève description</i>
Donna, Nonna, ma Donna Berner Gesundheit	- Sexe - Formation	Le projet "Donna, Nonna, ma Donna", réalisé dans les entreprises et les institutions sociales, veut sensibiliser les personnes âgées à faire un usage raisonnable des somnifères, tranquillisants et médicaments contre la douleur dans la vie quotidienne et renforcer les compétences en matière de santé des femmes les moins privilégiées dès 60 ans. Des séances d'information dans les entreprises et institutions, suivies de rencontres consacrées à des échanges abordent le thème du potentiel de compétences des femmes.
FemmesTische mit Migrantinnen interkulturell Suchtpräventionsstelle, Uster	- Sexe - Migration - Formation - Revenu - Situation de vie - Habitus	Ce projet, en s'appuyant sur le succès du projet pilote mis en place dans l'Oberland zurichois «Femmes-Tische avec les migrantes», propose une nouvelle offre plus vaste, interculturelle de tables rondes en allemand pour Suissesses et migrantes d'origines diverses. L'objectif de ces tables rondes est de donner aux mères des connaissances sur les thèmes de l'éducation et de la santé, et ainsi de renforcer leur rôle de parents. Mais c'est aussi l'occasion de permettre de tisser des liens entre Suissesses et migrantes de diverses origines. Pour l'animation des groupes de discussion, les responsables du projet forment un certain nombre de migrantes ayant de bonnes connaissances d'allemand; elles les accompagnent et les soutiennent durant leur activité. En mettant l'accent sur le dialogue interculturel, le projet, basé sur le concept éprouvé de «FemmesTische», vise spécialement la promotion de la compréhension mutuelle entre migrantes de diverses origines et Suissesses.
Gesundheits-Ratgeber Arbeitstitel "Roter Faden" dialog-gesundheit Schweiz, Zollikofen	- Migration - Age - Formation - Conditions de vie	dialog-gesundheit Schweiz voudrait développer un guide pour la promotion de la santé, qui doit servir de projet pilote pour l'ensemble de la Suisse. Les utilisateurs de ce guide doivent être invités à prendre en charge la responsabilité de leur propre santé. Pour être efficace, cet outil d'information doit être élaboré avec la collaboration de la population; le désir d'une meilleure information sur la promotion de la santé et sur les offres sociales et leur réseau s'est exprimé lors du forum dialog-gesundheit à Zollikofen. Il faut que chacun puisse comprendre le texte et les illustrations. Le concept de base vient de l'Université de Berkeley, qui a officiellement accordé un droit d'utilisation au programme dialog-gesundheit Schweiz. En collaboration avec différentes organisations (Spitex...), un groupe de planification composé de citoyens des communes et de la région élabore bénévolement depuis 2 ans les contenus; les guides déjà disponibles sont repris et complétés.
Saglik - deutsch-türkische Gesundheitszeitung Gesundheitsdienste Basel	- Migration - Formation	Le journal sur la santé édité par la ville „Saglik“ met l'accent sur la population de langue étrangère qui a été consultée et veut lui faciliter l'accès aux différentes offres dans le domaine de la promotion de la santé. C'est pour cette raison que le magazine est bilingue. La présente édition pilote met en parallèle les langues allemande et turque. On y met l'accent sur la promotion de la santé en lien avec la vie quotidienne et y attire particulièrement l'attention sur les offres locales. L'idée générale qui guide le journal est le fait que la promotion de la santé commence par le comportement personnel. La revue Saglik présente ainsi de nombreuses offres de base de prévention, qui peuvent être assumées par l'ensemble de la population. La promotion de la santé et la prévention doivent figurer dans la revue, mais sans montrer du doigt les personnes concernées. Les lecteurs doivent bien plutôt avoir du plaisir à la lire et devenir motivés pour prendre en mains leur propre santé.

<i>Nom du projet et organe responsable</i>	<i>Caractéristiques principales, groupes cibles</i>	<i>Brève description</i>
Porta Nova Infoklick.ch	- Handicap (santé) - Age - Formation	Le projet se veut une contribution à l'ouverture effective en Suisse alémanique du «travail ouvert aux jeunes» souffrant d'un handicap, ainsi qu'à l'ouverture de projets de jeunes handicapés aux personnes non handicapées. Pour cela, il faut créer des programmes de formation et des outils (via Internet et d'autres médias appropriés comme des brochures, des manuels), qui permettent aux acteurs de réaliser leurs projets. C'est avec la participation des personnes handicapées et de celles qui n'ont pas de handicap que ces éléments seront développés. L'objectif du projet est la promotion de la compréhension mutuelle, du respect et de la tolérance. C'est aussi de pouvoir exploiter de nouvelles ressources et de pratiquer l'égalité des chances entre personnes handicapées et personnes non handicapées dans des activités extrascolaires.
Agir pour la promotion de la santé en surdité Association romande pour la promotion de la santé des personnes sourdes	- Handicap (santé) - Conditions de vie	A. La communauté des sourds de Suisse romande participe activement aux activités de PS développés par Les Mains pour le Dire. -> Une formation d'animateurs/trices de santé en surdité est mise en œuvre -> Un pool de compétence est constitué -> Engagement des sites surdité dans la démarche de promotion de la santé -> Des animateurs/trices de santé du pool de compétence sont actifs B. Création d'un fonds de projet; d'ici fin 2004, 6 à 10 projet de PS ont été réalisé par les animateurs/trices de santé en surdité grâce à ce fonds
Die Anderen Verein Die Anderen	- Handicap (santé) - Habitus	C'est sur la base de la bande DIE ANDEREN qu'une association du même nom a été cr�e�. Il en est n� une scène culturelle autonome et originale qui réunit handicapés et non handicapés. Il s'agit de supprimer les frontières entre handicapés et non handicapés dans les manifestations et les expositions. Il faut essayer de faire disparaître les préjugés et les craintes des gens dits «normaux» à l'égard des personnes souffrant d'un handicap. Les personnes handicapées sont perçues par le public comme des artistes. Le projet DIE ANDEREN constitue aussi, par son engagement, une importante contribution à la lutte contre la violence et les agressions à l'égard des personnes handicapées.
Neustart Verein Neustar	- Conditions de vie - Habitus	Les agents de probation du programme NEUSTART sont compétentes dans les domaines suivants: finances, logement et travail. Sans sentimentalisme, ils contribuent à la réinsertion dans la société des prisonniers libérés. Ils sont amenés à effectuer des tâches comme l'accompagnement dans la recherche d'un travail ou d'un logement, dans l'organisation des loisirs, dans le soutien pour les questions financières et les problèmes d'endettement, selon les clients. Les bénévoles suivent une formation exigeante. Une supervision et un coaching les aident aussi dans leur tâche. Pour les personnes avec un passé de délinquant, la relation aux volontaires est très positive. Elles peuvent obtenir l'assistance nécessaire, individuellement et en-dehors des heures officielles des bureaux.

Notes finales

- 1 Cf. Bopp et Minder (2003) ainsi que Espérance de vie à la naissance en 2006 selon l'OFS:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04.html>
- 2¹ BFS (2005a)
- 3 Lamprecht et al. (2008a)
- 4 Cf. Stamm et al. (2003).
- 5 Cf. z.B. Bosc (1993), Bihl et Pfefferkorn (1995), Levy et al. (1997), Burzan (2004), Stamm et al. (2003)
- 6 Bornschier (1996)
- 7 Cf. Jahn et Kolip (2002) ainsi que les documents sur www.quint-essenz.ch; on trouvera d'autres informations sur la thématique du genre dans Cyba (2000), Babitsch (2005) et Pfefferkorn (2007).
- 8 Cf. Kaya (2007) ainsi que d'autres informations sur www.quint-essenz.ch
- 9 Le figure 2.2 présente une des nombreuses possibilités de relations entre inégalité et santé. Il faut renvoyer ici au modèle développé par l'OMS (2007) et repris par l'OFSP (cf. OFSP/ISPM 2008), qui comprend de nombreuses dimensions et relations de l'inégalité similaires au modèle proposé. On trouvera une comparaison entre notre modèle et celui de l'OMS à l'annexe 1.
- 10 Cf. Bourdieu (1979, 1983)
- 11 Le concept d'habitus indique une certaine proximité avec différents concepts psychologiques (par exemple ceux de ressources cognitives, de compétence de réalisation ou du soi). En fait, les différents arguments psychologiques peuvent être discutés sous le leitmotiv de l'habitus, qui a pour la présente étude l'avantage de prendre explicitement en compte les effets de l'inégalité sociale.
- 12 Cf. par exemple Mielck (2000, 2005) et Marmot (2005), Budrys (2003), Graham (2007).
- 13 Cf. par exemple Mackenbach (1998), Mielck (2005).
- 14 Cf. Lamprecht et al. (2006).
- 15 OFS (2007).
- 16 Un regard plus attentif sur les données montre que les ménages «plus riches» ont tendance à être plus grands que les plus pauvres. Cela signifie que les revenus plus élevés doivent suffire à un plus grand nombre de personnes. Si l'on tient compte de ce fait et recalcule en fonction du nombre de personnes par ménage, on arrive à une réduction de la différence entre les 10% des ménages les plus pauvres et les plus riches d'un facteur d'un peu plus de 7 (les 10% les plus pauvres, environ CHF 21'000.-; les 10% les plus riches, environ CHF 152'000.-; les 2% les plus riches, environ CHF 252'000.-, cf. Stamm et al. 2007).
- 17 OFS (2008b, 2008c).
- 18 Les „multimillionnaires“ disposant d'un revenu de plus de 10 millions de francs ne représentent qu'un pour cent de toutes les personnes soumises à l'impôt, mais payent à peu près un cinquième de l'ensemble des impôts sur le revenu de la population suisse.
- 19 Cf. OFS (2005b).
- 20 Jahn et Kolip (2002).
- 21 OFS (2005b, c), Stamm et al. (2003)
- 22 Cf. OFS (2005b, c) ainsi que le document de base de Kaya (2007).
- 23 Cf. Levi et al. (1997), Stamm et al. (2003)
- 24 Wang et Schmid (o.J.)
- 25 Cf. par exemple OFS (2005a, 2006).
- 26 Cf. OFS (2006)
- 27 Cf. Lamprecht et al. (2008a).
- 28 Cf. également Lamprecht et al. (2008b)
- 29 Cf. Bisig et Gutzwiller (1999), Bisig et al. (2001), Lehmann et al. (1990), Schopper et Obrist (2005)
- 30 Dans la tranche d'âge des moins de 30 ans, 41,4% peuvent être considérés comme égaux, alors que cette proportion passe à 67,2% pour les 60 ans et plus.
- 31 Lehmann et al. (1988), Vader et al. (1993), Bopp et Minder (2003).
- 32 Bopp et Minder (2003) ainsi que les résultats actuels qui nous été aimablement mis à notre disposition par l'Observatoire suisse de la santé.
- 33 http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
- 34 Cf. Altgeld (2006), Boudon (1973),
- 35 <http://www.who.int/hia/en/>
- 36 Cf. Promotion Santé Suisse (2007)