

Travail social et déterminants de la santé

par

Henri Dorvil, Ph.D., T.S.

Professeur

Université du Québec à Montréal

Courriel : dorvil.henri@uqam.ca

Plusieurs recherches ont montré l'impact de l'environnement social d'un individu sur sa santé. Les travailleurs sociaux interviennent sur les déterminants sociaux de leurs clients.

Many researches have shown the impact of people's social environment on their health. The social workers are working with their clients' social conditions.

Plusieurs recherches (ICRA, 1991; Evans, Barer et Marmor, 1994; Wilkinson, Pickett, 2013) ainsi que plusieurs institutions reconnues (OMS, 2010, 2013; MSSS, 2012; OTSTCFQ, 2013; Charte d'Ottawa, 1986) ont apporté des éclairages sur les inégalités sociales en général et sur les déterminants sociaux de la santé en particulier.

Qu'est-ce que les déterminants sociaux de la santé? Tout simplement des actions réalisées hors du champ spécifique de la santé (par exemple, le programme OLO, la sécurité alimentaire, la formation de la main-d'œuvre, l'emploi, le logement, le soutien au logement, etc.) qui ont une influence bénéfique sur la santé des individus et des populations.

Quelles sont donc les thèses courantes de l'environnement social comme facteur clé de la santé? Si le taux de mortalité causé par la tuberculose a chuté de façon importante après la découverte d'un traitement efficace de cette maladie (la streptomycine, un antibiotique

découvert en 1944), cela ne saurait expliquer, toutefois, la baisse plus spectaculaire du taux de mortalité survenue au siècle précédent. Il est clair que « quelque chose » d'autre que la médecine a permis la réduction de la tuberculose (Renaud, 1994). Et ce « quelque chose » a à voir avec l'amélioration de la nutrition, avec l'espacement des naissances et avec les conditions d'hygiène (égouts, approvisionnement en eau potable) et même avec des milieux de travail moins stressants.

La médication et la vaccination ont énormément contribué à la réduction des maladies infectieuses. Mais ce sont des facteurs sociaux qui ont joué un rôle majeur dans leur réduction. Avec l'introduction des régimes universels d'assurance-maladie après la Deuxième Guerre mondiale, on croyait que de telles mesures réduiraient à néant les inégalités sociales en matière de santé : les plus pauvres pouvant avoir accès aux médecins et aux hôpitaux, ils pourraient rattraper ainsi le niveau de santé des couches plus aisées de la population et, après un certain temps, éprouver moins de besoins en services de soins. Or, ce n'est pas ce qui est arrivé. Au contraire, dans certains pays, l'écart de mortalité entre les couches inférieures et supérieures s'est même accentué depuis la dernière guerre mondiale.

En fait, dans tous les suivis longitudinaux de population, on constate un gradient de santé : les mesures de mortalité comme de morbidité suivent en escalier le statut socioéconomique de la population (Renaud, 1994). Plus on est élevé dans la hiérarchie des revenus, moins grande est la mortalité, plus longue est l'espérance de vie et plus longue encore est l'espérance de vie en bonne santé. Ce gradient a été observé dans tous les pays. Le gradient est présent pour toutes les causes de mortalité, qu'elles soient liées ou non aux mauvaises habitudes de vie (tabac, alimentation, etc.). Il semble donc y avoir « quelque chose » qui est associé à la position dans la hiérarchie, qui prédispose à la maladie et à la mort prématurée, et

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 75-78.

que la médecine ne peut guérir. Par exemple, une étude menée (Marmot, 1986) auprès de fonctionnaires britanniques de White Hall dans la cité de Londres a montré que, sur une période de dix ans, les hommes âgés de 40-60 ans mourraient en trois fois plus grand nombre parmi les travailleurs manuels et de bureau que parmi le personnel professionnel et administratif. Il est important de savoir qu'il ne s'agissait aucunement d'une population pauvre exposée à des risques environnementaux importants, mais de classes moyennes et de classes supérieures. Cette étude exemplaire a été reproduite au Canada et ailleurs dans le monde avec à peu près les mêmes résultats.

Fait encore plus troublant, les études montrent que, si toute la population adoptait un genre de vie raisonné, particulièrement en ce qui a trait à l'alimentation, au tabac et à l'alcool, l'espérance de vie serait certes allongée, mais le gradient d'état de santé entre les diverses classes sociales persisterait (Renaud, 1994). C'est donc dire que la bonne santé n'est pas qu'une affaire d'habitudes de vie. Les soins de santé ne sont qu'un des quatre déterminants de la santé (la biologie, l'environnement, les habitudes de vie, les soins).

Pourquoi donc la santé se dégrade-t-elle au fur à mesure que l'on descend sur l'échelle sociale, se demandent les épidémiologistes Wilkinson et Pickett (2013)? Pourquoi les pauvres sont-ils en moins bonne santé que les classes moyennes qui, elles-mêmes, sont en moins bonne santé que les personnes vraiment riches? À cause de l'inégalité sociale, disent-ils. Les troubles anxieux, les troubles du contrôle des impulsions et les maladies graves sont tous fortement corrélés avec l'inégalité, les troubles de l'humeur le sont moins, selon ces mêmes experts. Les États-Unis d'Amérique dépensent *per capita* deux fois et même trois fois plus en services de santé que des pays comme le Japon, le Royaume-Uni, la Norvège, le Canada. Malgré cela, les Étatsuniens sont en moins bonne santé que les Scandinaves.

Qu'est-ce qui se cache donc derrière le gradient de santé? Quel est ce « quelque chose » qui semble si fortement influencer sur la santé? De plus en plus, on soupçonne que c'est dans l'environnement social, économique et culturel de l'individu que se trouvent certains des secrets les plus méconnus de sa longévité et de sa

bonne santé. En particulier, les moyens qu'utilise une personne pour faire face aux stress de la vie seraient fondamentaux. Ces moyens sont associés à l'estime de soi et au sentiment de contrôle, deux facteurs qui varient directement en fonction du statut socioéconomique (Renaud, 1994). Au début du siècle dernier, Wilhelm Reich (1897-1957), un médecin psychiatre et psychanalyste à Vienne, en Autriche, avait bien compris, à travers sa clinique quotidienne, la différence entre individus à risque et conditions socioéconomiques qui rendent les individus à risque. Voyant sa clinique envahie par une horde d'ouvriers et d'ouvrières souffrant de variantes de névrose, d'impuissance, de frigidité, il décide d'aller faire des visites à domicile. Il estime que six personnes vivant dans un minuscule 3 ½ peut expliquer une partie des causes de tous ces maux, si bien que ce médecin a commencé à militer pour exiger des logements sociaux pour cette classe prolétarienne.

Comment le travail social a-t-il contribué à l'avancement des connaissances, des pratiques professionnelles et des politiques sociales? Le paradigme de base de la pratique du travail social est l'être humain situé dans le monde, c'est-à-dire dans son environnement immédiat et sociétal. Ce qui veut dire que les travailleurs sociaux travaillent d'emblée sur les déterminants sociaux de la santé, et ce, depuis les balbutiements de la profession au début du siècle dernier. En effet, il est généralement admis que la discipline du travail social constitue en quelque sorte le dépositaire principal des sciences humaines et sociales appliquées. La travailleuse sociale, dans sa fonction de réinsertion sociale, s'occupe en priorité des clientèles refoulées à la périphérie du système social, clientèles qui éprouvent des problèmes d'adaptation à la vie en société. Marginalisation sociale et économique, difficultés d'accès aux services sociaux et de santé, déficit de participation à la société civile constituent le lot du *caseload* des travailleurs sociaux. Plus encore, depuis les balbutiements de l'État-providence et en accéléré avec la période des Trente Glorieuses (1945-1975), le service social institutionnel fait partie intégrale du plan de redressement voulu par l'État en vue d'offrir une protection adéquate à tous et particulièrement aux populations aux prises avec des déficits

économiques et sociaux. Actuellement, la précarisation de l'emploi, l'apparition en grand nombre des travailleurs pauvres, l'accentuation des écarts entre riches et pauvres, le rétrécissement de l'État-providence, l'affaiblissement de la solidarité exercent une forte pression sur la pratique des travailleuses sociales. Dans un tel contexte, les travailleuses sociales sont amenées à travailler avec des personnes, des familles et des collectivités en situation de précarité accrue et aux prises avec un ensemble de problèmes sociaux complexes.

C'est presque un truisme d'affirmer que c'est la pauvreté qui a créé le travail social au début du siècle dernier. À l'origine, les travailleurs sociaux et les sociologues étaient conviés à une tâche complémentaire d'ingénierie sociale. Alors que les travailleurs sociaux s'occupaient plus du traitement cas par cas des individus, les sociologues examinaient les origines sociales, la structure et les processus dans la constitution des problèmes sociaux. L'on se souviendra qu'avant l'ouverture de l'Université de Chicago, lieu de naissance de la première École de service social, une travailleuse sociale du nom de Jane Adams, Prix Nobel de la Paix, travaillait avec des populations d'origines diverses pour développer un leadership de quartier. Les résidents de ces *settlements* menaient des enquêtes sur les conditions de logement, d'emploi dans les manufactures, sur les salaires, l'hygiène à Chicago, mais aussi dans d'autres villes du Middle West et de la côte Est. Ces enquêtes allaient aboutir aux racines économiques des problèmes sociaux (Dorvil, 2012). Au Québec et en Ontario, les milieux ruraux se dépeuplaient au profit principalement des deux grandes villes de Montréal et Toronto qui regorgeaient d'usines en plein essor. Les travailleurs adultes et enfants devaient se contenter d'un salaire de famine pour de longues heures de travail sans sécurité d'emploi, sans protection d'aucune sorte contre la maladie et les accidents de travail. Le service social, comme profession, s'établit en réaction au phénomène d'industrialisation et d'urbanisation.

Le travail social a-t-il contribué à l'avancement des connaissances, des pratiques professionnelles et des politiques sociales ? Je réponds clairement par l'affirmatif. Trois exemples récents parmi d'autres. Premièrement, des

professeurs en service social de l'Université de Montréal et de l'Institut national de la recherche scientifique (INRS) de l'Université du Québec ont mis sur la carte nord-américaine la problématique des travailleurs pauvres. Selon ces chercheurs (Ulysse, Lesemann et Pires, 2013), les travailleurs pauvres sont des gens qui n'ont pas de garantie d'emploi et dont les salaires ne permettent pas de vivre convenablement. La plupart d'entre eux travaillent au salaire minimum, d'autres se trouvent dans des emplois atypiques. Il en est de même des jeunes de la rue où recherche et intervention sont l'œuvre de travailleuses communautaires, de travailleurs sociaux et de chercheurs en travail social de l'UQAM, de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke. Deuxièmement, le livre *Expériences d'intervention psychosociale en contexte de violence conjugale*, sous la direction de Sonia Gauthier et de Lyse Montminy (2012), a été écrit presque exclusivement par des intervenantes sociales dont plusieurs travailleurs sociaux. Troisièmement, l'OTSTCFQ ainsi que des penseurs en service social de plusieurs universités québécoises ont contribué et contribuent encore à l'établissement et à la révision des politiques sociales : la politique familiale, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, les services de santé et des services sociaux lors des commissions gouvernementales d'enquête et au-delà.

Pour terminer, disons ceci. Certains disent que le service social est un métier de compassion, d'autres que le travail social est une profession de justice sociale. Compassion ou justice sociale, dans les services de santé et de services sociaux comme dans les centres jeunesse ou les centres d'hébergement et en paraphrasant Robert Castel (2004) je dirais que le travail social ressemble à ceci : Il constitue un ensemble de procédures qui visent à annuler cette sorte de déficit dont souffre un individu stigmatisé pour qu'il puisse se réinscrire dans la vie sociale à parité avec ceux qui n'ont pas souffert de ce déficit.

Descripteurs :

Service social // Déterminants sociaux // Santé publique - Aspect social

Social service // Social determinants // Public health - Social aspects

Références

- Castel, R. (2004). Intégration et nouveaux processus d'individualisation, dans J. Poupart (dir.). *Au-delà du système pénal, l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciarisés et marginalisés* : 13-23. Québec : PUQ, Collection Problèmes sociaux et interventions sociales.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986). *Établir une politique publique de santé. Ottawa : une conférence internationale pour la promotion de la santé vers une nouvelle santé publique*, 17-21 novembre.
- Dorvil, H. (2012). Chicago : L'École des problèmes sociaux d'hier à aujourd'hui, dans M. Otero et S. Roy (dir.). *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité* : 281-315. Québec : PUQ, Collection PSIS.
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (1994). *Why are some people healthy and other not?* Adline de Gruyter Inc., New York: John Libbey Eurotext, Montrouge, Londres, Rome. Ce livre a été traduit sous le titre *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la santé*. Montréal : PUM.
- Institut canadien de recherches avancées (1991). *Les déterminants de la santé*. Publication no 5.
- Marmot, M. G. (1986). Social inequalities in Mortality: the Social environment, in Wilkinson, R. (éd.). *Class and Health*: 21-33. Londres : Tavistock Publications.
- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Consulté sur Internet, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/18ad57eaf514abbe852579d70064c864?OpenDocument>, le 2 octobre 2013.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé d'une proposition*. Consulté sur Internet, [http://www.otstcfq.org/docs/default-source/actualités/énoncé-de-position-\(version-finale-04-10-2013\).pdf?sfvrsn=0](http://www.otstcfq.org/docs/default-source/actualités/énoncé-de-position-(version-finale-04-10-2013).pdf?sfvrsn=0), le 5 octobre 2013.
- Organisation mondiale de la santé (2010). *Mental Health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Consulté sur Internet http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf, le 2 octobre 2013.
- Organisation mondiale de la santé. *Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Consulté sur Internet, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-en.pdf, le 15 juin 2013.
- Renaud, M., avec la collaboration de L. Bouchard (1994). Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé, *Interface, Journal de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences*, Mars-Avril, 15-23.
- Ulysse, P. J., Lesemann, F., et Pires, F. (2013). *Les travailleurs pauvres. Précarisation du marché du travail, érosion des politiques sociales et initiatives citoyennes. Un dialogue Québec-Brésil*. Québec : PUQ.
- Wilkinson, R., et Pickett, K. (2013). *L'égalité, c'est mieux. Pourquoi les écarts de richesse ruinent nos sociétés*. Montréal : Écosociété.