

Inégalités sociales de santé et nutrition : vers une politique d'universalisme proportionné ?

En matière de nutrition, les bons résultats des politiques mises en œuvre n'ont pas empêché un accroissement des inégalités sociales de santé. Propositions pour des stratégies à la fois efficaces et qui réduisent ces inégalités.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 48.

Thierry Lang

UMR1027 Inserm Université Paul Sabatier, Iferiss, Toulouse
Louis-George Soler
 Aliss, UR1303, INRA, Ivry

Les inégalités sociales de santé ne concernent pas que la pauvreté et l'extrême pauvreté ou la misère, aux extrémités de la hiérarchie sociale. Elles traversent la société dans son ensemble et sont structurelles. Les différences d'espérance de vie, par exemple, suivent un *continuum* qui ne permet pas de distinguer deux groupes, pauvres et riches ou exclus et inclus. Les questions du gradient social de santé, révélé seulement par les statistiques, lorsqu'elles existent, s'opposent au caractère visible de la précarité. Il existe généralement une relation linéaire entre la position socio-économique des individus (estimée par le revenu, le niveau d'éducation ou la catégorie socioprofessionnelle) et leur état de santé. Cette relation, parfois appelée « gradient social », est observée pour tous les indicateurs de santé, non seulement l'espérance de vie et la mortalité, mais aussi la plupart des pathologies chroniques, notamment celles directement liées à la nutrition, telles que le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'ostéoporose, la santé bucco-dentaire et certains cancers.

Les habitudes de vie, comme les comportements associés au tabagisme, à la consommation d'alcool, à l'alimentation et l'activité physique, sont reconnues comme des déterminants majeurs de morbidité et mortalité dans le monde, en particulier pour les maladies chroniques. Il existe en outre de nombreux éléments qui attestent l'existence de cumulés entre habitudes de vie à impacts négatifs de santé. Ainsi le tabagisme, la consommation trop élevée d'alcool, une alimentation déséquilibrée et une faible activité physique sont

fréquemment présents de façon concomitante dans les catégories socio-économiquement défavorisées.

Dans l'étude Obépi publiée en 2012, le pourcentage d'adultes obèses en France est 3,7 fois plus élevé chez les ménages ayant un revenu mensuel net inférieur à 900 euros par rapport à ceux dont le revenu est supérieur à 5 300 euros/mois. Par ailleurs, des évolutions favorables pour l'ensemble de la population peuvent masquer un accroissement du gradient social de santé. Une étude sur la santé des enfants scolarisés en classe de CM2 indique par exemple que la prévalence du surpoids chez l'enfant s'est stabilisée en moyenne en France entre 2002 et 2005. Cependant, dans le même temps, les inégalités se sont creusées : la proportion d'enfants obèses a été divisée par deux chez les enfants de cadres, alors que pour les enfants d'ouvriers, elle est passée de 5 % à 6 %.

Pour ces diverses raisons, des stratégies générales doivent être pensées pour organiser les différentes interventions politiques [47] et examiner leur impact sur les inégalités sociales de santé [17]. Comment penser, puis mettre en œuvre, une telle problématique de l'intervention dans le domaine des inégalités sociales de santé associées à l'alimentation et l'activité physique ?

Des stratégies universelles ou ciblées, portant sur les consommateurs ou sur leur environnement alimentaire ?

Au regard des enjeux liés aux inégalités de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, il est utile de distinguer plusieurs stratégies d'intervention. On peut tout



d'abord faire une première distinction selon l'étendue des populations visées. Les interventions peuvent alors être classées en trois grandes catégories : les interventions universelles ; les interventions ciblées ; les interventions appliquant une démarche qualifiée d'universalisme proportionné.

Une approche universelle s'adresse à l'ensemble de la population. Il a été montré dans de très nombreux travaux que dans le domaine sanitaire, de la prévention et de la modification des comportements, une offre de services universels, au moins celle qui n'est pas obligatoire, bénéficie le plus aux groupes les plus favorisés de la population, avec une tendance à l'aggravation des inégalités sociales de santé.

Une approche ciblée vise les groupes les plus défavorisés de la population. Ces approches ne comportent pas d'actions pour les populations au-dessus d'un certain seuil et ne concernent, par construction, qu'une petite partie de la population. Ces politiques ont été mises en œuvre, notamment en France, en direction des populations à haut risque social, les plus précaires et les plus défavorisées ou d'un haut risque biologique (obèses, diabétiques...) [20]. La limite de ces interventions est de ne pas prendre en compte le gradient social continu qui traverse l'ensemble de la population et en particulier de ne pas répondre aux besoins des enfants ou des personnes au-dessus d'un certain seuil de pauvreté.

L'approche de l'universalisme proportionné consiste à promouvoir des politiques et des interventions dont l'intensité est proportionnelle aux besoins de la population [46]. Concrètement, ces politiques d'universalisme proportionné se caractérisent par le fait qu'elles ont pour objectif de mettre en place des politiques universelles, bénéficiant à l'ensemble des membres d'une population, mais également de mettre en œuvre des dispositions pour que les actions puissent bénéficier à l'ensemble de ces membres à hauteur des risques ou des besoins auxquels ils sont confrontés. Cette approche paraît séduisante car elle apporte une réponse à la question du gradient social des états de santé, entre universalisme et politiques ciblées. Mais les exemples de mise en œuvre restent rares et il s'agit aujourd'hui d'expérimenter cette approche sur des exemples concrets.

Une seconde distinction peut être faite selon que les interventions portent sur les consommateurs dont on cherche à modifier les comportements ou sur leur environnement. Ainsi, on peut opposer, d'une part,

les interventions centrées sur les individus, qui visent à influencer sur leurs comportements en augmentant leurs connaissances (par exemple nutritionnelles) et à agir sur les critères de choix alimentaire et d'activité physique, en renforçant ceux qui ont trait aux dimensions de santé, et, d'autre part, les interventions visant plutôt à modifier « l'environnement » alimentaire des individus. Ces dernières relèvent plutôt de démarches de prévention « passive », sans nécessairement supposer de démarches particulières de la part des individus, alors que les premières supposent une implication active et consciente de l'individu dans l'évolution de ses comportements.

Quels impacts ont ces différentes démarches dans le domaine de la nutrition ? On peut tout d'abord noter que la plupart des interventions considérées séparément ont des effets de santé souvent modestes, voire faibles, suggérant l'existence de facteurs lourds, multiples et difficilement réversibles déterminant les pratiques de consommation alimentaire et d'activité physique.

Les interventions en population générale ont des effets assez faibles sur la santé des individus, mais sont généralement peu (ou pas) coûteuses pour les pouvoirs publics. Les effets sont rapides et le seuil de coût-efficacité est atteint au bout d'un petit nombre d'années. Le levier d'efficacité est ici la taille de la population touchée plutôt que l'ampleur des changements obtenus au niveau individuel, l'agrégation de petits gains de santé sur toute la population générant des bénéfices significatifs du point de vue de la santé publique. Dans le domaine de la nutrition, il s'agit d'interventions qui visent à accroître les bénéfices de santé par des actions sur l'environnement des individus (mesures fiscales, régulation de la publicité, amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments, particulièrement la réduction des teneurs en sel...). Ces conclusions sont néanmoins à considérer avec précaution dans la mesure où les niveaux de preuve de l'impact de ces leviers d'action restent fragiles, et les mécanismes économiques qui affectent leur efficacité sont insuffisamment étudiés.

Les interventions ciblées sur les populations à risques supposent des ressources importantes, étalées dans le temps. Le levier d'efficacité réside dans l'ampleur des changements opérés au niveau individuel et non dans la taille de la population touchée. Dans le domaine de la nutrition, il s'agit d'actions comme l'accompagnement de personnes à risques dans le cadre de dispositifs spécifiques,

de l'encadrement par des professionnels de santé.

Tenir ensemble des objectifs d'efficacité et de réduction des inégalités sociales de santé suppose probablement de trouver le bon équilibre entre des démarches, conduites en population générale, de prévention passive portant sur l'environnement des individus, atteignant l'ensemble des consommateurs, et des démarches de prévention « active » impliquant une adaptation raisonnée des comportements, dans des contextes d'accompagnement ciblés des individus, avec le risque qu'ils bénéficient davantage aux plus favorisés. Un troisième niveau d'intervention pourrait décliner des interventions ciblées (banque alimentaire, coupons...), destiné à des populations précairisées pour lesquelles des interventions spécifiques sont nécessaires. C'est dans cette voie que doit pouvoir se dessiner une démarche d'universalisme proportionné en matière de nutrition.

Quelles modalités d'application de l'universalisme proportionné ?

En matière de nutrition, bon nombre de politiques publiques reposent sur la vision d'un consommateur autonome, pleinement rationnel, délibérant de façon individuelle ses choix alimentaires et d'activité physique, arbitrant de façon consciente entre les options qui s'offrent à lui et mettant la priorité sur sa santé dès lors qu'il est informé, à la fois des bienfaits d'une alimentation équilibrée et des caractéristiques des produits offerts sur le marché. L'éducation alimentaire, les campagnes d'information, tout autant que l'étiquetage nutritionnel informatif, reposent sur cette vision, dans la mesure où elles visent à renforcer l'expertise du consommateur, à lui donner les moyens « analytiques » de fonder un arbitrage éclairé et à faire évoluer ses préférences sur la base d'une démarche raisonnée.

Une autre vision est celle d'un consommateur dont les capacités d'autorégulation sont limitées, dont les actes de consommation alimentaire ne sont pas nécessairement soumis à une délibération systématique, sont inscrits dans des normes et des interactions sociales, susceptibles de biais de perception, cognitifs et émotionnels, et pour lequel les enjeux de santé ne sont, au mieux, qu'un des éléments qui interviennent dans ses arbitrages de consommation.

Les travaux disponibles suggèrent que des interventions qui visent des changements de comportements sur la base du modèle du

consommateur autonome en contribuant à un processus de décision délibéré, ont de fortes chances d'accroître les inégalités sociales de santé. À l'inverse, des interventions fondées sur l'hypothèse d'un consommateur disposant de capacités d'autorégulation limitées peuvent, sous certaines conditions, contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. Typiquement, des actions visant à améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, y compris sur les gammes de produits les moins chères, relèvent de cette approche. Elles peuvent bénéficier à l'ensemble des consommateurs, mais encore plus fortement à ceux qui ne se préoccupent pas particulièrement des enjeux de santé et dont les régimes alimentaires sont les plus éloignés des recommandations nutritionnelles.

Besoins de recherche

Les interventions dans le domaine de la nutrition ont jusqu'à présent porté peu d'attention aux inégalités sociales de santé. Or, les interventions surviennent dans un système complexe, avec des enchaînements de causalité pouvant conduire à l'effet inverse de celui recherché. Il est donc nécessaire de développer un système d'information statistique pérenne, pour suivre et publier un suivi régulier des inégalités sociales de santé dans le domaine de la nutrition et suivre les effets attendus et inattendus des interventions. Des recommandations en ce sens ont été formulées également par le Haut Conseil de la santé publique. Il est donc important de développer et structurer le champ de la recherche interventionnelle en santé des populations, non seulement par des financements sur projets, mais aussi par l'aide à l'émergence ou la consolidation d'équipes de recherche dans ce domaine. Face à la complexité, cet effort de structuration doit favoriser l'interdisciplinarité. †