

L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé

Si la France est classée par l'OMS première pour son système de santé, elle a pourtant les plus fortes inégalités sociales de l'Europe de l'ouest devant la mort. Les inégalités sociales de santé dépendent donc bien moins du système de soins que de la répartition des richesses et, au fond, de la solidarité nationale. Pour comprendre les difficultés, pour partie spécifiquement françaises, à s'intéresser moins à cette question qu'au système de soins et à ses acteurs, il convient d'explorer la généalogie de ces inégalités et de leur construction historique comme problème de société.

Pierre Aiach, Didier Fassin *

Voici près d'un quart de siècle que le thème des inégalités sociales de santé est devenu en Europe un objet d'étude spécifique, alimentant régulièrement débats scientifiques et politiques. C'est surtout dans les années 1980, après la sortie du fameux « Rapport Black » en Grande-Bretagne,^a qu'il a vraiment émergé dans quelques pays européens.^b Parallèlement, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui avait inscrit dans son programme « La santé pour tous en l'an 2000 », un objectif de réduction des inégalités de 25 %, a encouragé la création de groupes de scientifiques travaillant sur ce thème, groupes qui se sont rencontrés depuis 1979 jusqu'en 1986, pour comparer leurs résultats. En 1982, la Fondation européenne pour la science a commencé, de son côté, à organiser des ateliers internationaux sur le thème des inégalités sociales de santé en Europe, dont 3 se sont tenus en 1984, 1985, 1986.^c Dans les années

1990, ce thème n'a cessé d'alimenter des débats scientifiques, en particulier dans le Royaume-Uni et en Suède, figurant par exemple de façon quasi structurelle dans le programme des congrès de la Société européenne de sociologie sur la santé et la médecine.

- a. Ce rapport de synthèse, du nom de son rapporteur Sir Black, a été réalisé à partir de divers travaux sur les inégalités sociales et tente de traiter, à la fois, de la mortalité, de la morbidité des soins médicaux, de l'étiologie, des causes des inégalités et des actions futures à entreprendre.¹
- b. En France, on note que l'enquête longitudinale INSEE sur la mortalité sociale différentielle, mise en place en 1965, donne ses premiers résultats en 1976.² Un premier livre sur les inégalités devant la mort a été publié en 1979.³
- c. Un livre en est résulté.⁴ Un second livre, sans être le produit direct de ces Ateliers, a été conçu et réalisé en partie à l'occasion de ces rencontres par certains des participants français et britanniques.⁵

* Cresp, Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique, Inserm - Université Paris 13, 93017 Bobigny ; École des hautes études en sciences sociales, 75006 Paris. Courriel : pierre.aiach@wanadoo.fr

La comparaison des données entre pays européens

La question des comparaisons entre pays, et notamment entre pays européens, pose de nombreux problèmes liés à l'existence et à la nature des sources, ainsi qu'aux méthodes qui ont présidé à la mise en évidence et à la mesure des données sur les inégalités sociales de santé. Des tentatives de comparaison ont eu lieu dans les années 1970, mais c'est surtout après que les essais les plus significatifs ont été faits. Ainsi, on peut faire état au cours des années 1980 d'une recherche européenne menée sous les auspices de l'ESF (*European Science Foundation*) et qui réunissait 9 pays européens (dont la France), et qui s'est traduite par la parution d'un ouvrage dans lequel plusieurs chapitres traitent différents aspects des inégalités sociales de santé sous l'angle comparatif.¹ Il faut signaler à cet égard que si les comparaisons entre pays font essentiellement état d'inégalités face à la mort, un auteur fait exception, la sociologue britannique Mildred Blaxter, qui analyse les 3 modèles qui, selon elle, président à la mesure de la santé du point de vue de la morbidité :

1. *le modèle médical* à partir d'exams de santé suivis de diagnostics (par exemple le projet OMS, MONICA (*Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases*) et (ou) à partir de déclarations faites par les sujets interrogés sur l'existence de maladies bien définies médicalement (par exemple, l'enquête annuelle *British Household Survey* où les sujets doivent déclarer les « *long standing illnesses* », ou encore les enquêtes décennales françaises de l'Insee sur les soins et la santé des Français qui, depuis 1980, ont un volet « morbidité » traité par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé [Rdes, ex-Credes]). Dans l'enquête décennale, les déclarations de maladies à partir d'une liste sont évaluées par des médecins au vu de l'ensemble du dossier des sujets interrogés, et sont transformées en

indicateurs de risque vital et d'invalidité, ayant pour effet de mettre en évidence des inégalités sociales, ce qui n'était pas le cas avant la mise en place de ces indicateurs ;

2. *le modèle fonctionnel*, qui peut se combiner avec le précédent et qui concerne les effets des maladies sur le fonctionnement de la vie quotidienne ; il peut ainsi s'agir de jours de maladie (« *bed-days* » ou « *sick-days* ») ; mais M. Blaxter reconnaît que cette mesure varie énormément selon les contextes et n'est donc pas très fiable si on la compare à celle de la mortalité ou même de la morbidité telle qu'elle a été envisagée plus haut ; observons toutefois que, lorsqu'une enquête est bien conçue, et s'est donné les moyens de son investigation, les résultats vont dans le sens d'une mise en évidence très nette des inégalités sociales de santé ; c'est le cas de l'enquête nationale française sur les handicaps dont les données sont analysées par (v. page 2241) ;

3. *le modèle subjectif* qui consiste à mesurer la maladie, ou l'état de santé, tels qu'ils sont perçus par les sujets ; le plus souvent, cette évaluation se fait à partir d'une liste de symptômes que les sujets interrogés disent avoir eus ou pas au cours d'une certaine période de temps (en général 14 jours) ; il peut s'agir aussi de remplir un journal (« *diary* »), jour après jour pendant 2 à 3 semaines, dans lequel les personnes indiquent les symptômes et les troubles qu'elles ont eus au cours des dernières 24 heures ; les nombreuses enquêtes que nous avons effectuées sur cette question ont montré qu'elles ne peuvent en rien mettre en évidence les inégalités sociales de santé, et que les écarts observés entre les catégories sociales traduisent plutôt des différences d'ordre culturel (de genre et de milieu social) dans la perception des différents types de symptômes, dans le rapport au temps et à la dimension corporelle.²

Ainsi, souvent, des chercheurs se lancent dans l'étude des inégalités sociales de santé à partir d'une mesure de l'auto-évaluation

subjective de l'état de santé. Si les résultats vont plutôt dans le sens de la hiérarchie logique entre « classes sociales », telle qu'elle se reflète dans la mortalité différentielle (taux comparatifs de mortalité à tel ou tel âge, ou espérance de vie), on peut difficilement se contenter d'une telle mesure étant donné la marge d'incertitude et le manque de contrôle des variables méthodologiques et culturelles qui interviennent en la matière. Une telle mesure est un pis-aller dans des situations où il y a un manque flagrant de données utilisables ou encore comme objet d'étude spécifique, non pas des inégalités sociales de santé, mais des différences culturelles entre groupes sociaux (genre et classes sociales par exemple).

La recherche entreprise sous forme de thèse par Anton Kunst aux Pays-Bas est un des essais les plus aboutis de comparaison entre 11 pays européens et les États-Unis à partir des données de mortalité.³ Le lecteur intéressé par le sujet peut se reporter à l'ouvrage principal qui reprend l'essentiel de sa thèse³ ou encore, plus succinctement, au chapitre paru dans l'ouvrage collectif « Les inégalités sociales de santé ».⁴

1. Fox J. Edited by "Health Inequalities in European Countries". Aldershot, Royaume-Uni : Gower Publishing Company Limited, Gower House, 1989.

2. Aiach P, Cèbe D. Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socioculturels et méthodologiques de différenciation. Paris : INSERM/Doïn, 1991.

3. Kunst A. Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality. Thesis Erasmus University Rotterdam, Pays-Bas ; 1997.

4. Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris : Inserm/La Découverte ; 2000.

En France, en revanche, le thème est demeuré peu visible dans le champ scientifique, mobilisant un petit nombre de chercheurs (démographes, épidémiologistes, sociologues et économistes de la santé), fait d'autant plus remarquable que notre pays avait joué un rôle pionnier sur cette question dès le début du XIX^e siècle.^d Par ailleurs, l'existence depuis 50 ans d'enquêtes sur la mortalité différentielle donnant des résultats très fiables sur les inégalités face à la mort n'a pas suffi à entraîner la constitution d'un véritable intérêt des milieux de la recherche autour du thème.^e Il faut attendre 2001 pour qu'une synthèse sur les inégalités sociales de santé soit enfin publiée, regroupant un grand nombre de contributions d'épidémiologistes et de chercheurs en sciences sociales.^f Parallèlement, plusieurs documents officiels abordent la question, en particulier les rapports du Haut Comité de la santé publique sur la santé en France et de l'Académie nationale de médecine sur la prévention.^{7,8}

Observons que, si dans tous les pays européens il existe des inégalités sociales de santé, leur importance et la connaissance qu'on en a sont très différentes d'un pays à l'autre. Cela semble dépendre de caractéristiques (sociales, politiques et idéologiques) propres à chacun d'entre eux, qui viennent moduler la façon dont cette question est prise en compte et débattue tant sur le plan politique que scientifique. Ainsi, dans les anciens pays communistes européens, il ne pouvait être question d'étudier, ni même d'évoquer les inégalités sociales, censées n'exister que dans le monde capitaliste ; aujourd'hui, les choses ont bien sûr radicalement changé, mais le manque de données statistiques et une certaine lourdeur bureaucratique ne permettent pas, pour l'instant, d'aller très loin dans l'étude de cette thématique. Dans d'autres pays comme l'Allemagne^{f,9} ou la Belgique, pour des raisons liées en partie à la structure fédérale de ces pays, on ne dispose pas de données nationales, et les données régionales seraient insuffisantes pour entreprendre des études suffisamment fiables.

Les différences observées entre les pays dans l'exploration de ces inégalités et la publicité des travaux sur ce thème résultent donc de la conjonction de multiples facteurs. L'engagement des acteurs scientifiques ou parfois administratifs est certes important, mais il est d'autant

plus efficace qu'il existe une tradition de recherche sur ce thème dans le pays (en France, Calot et Febvay, puis Desplanques à l'Insee, Jouglà à l'Inserm,⁸ Mizrahi au Cre-des) et un contexte sociopolitique suffisamment favorable à la révélation de l'existence de disparités (en France, l'idée que le système de soins était l'un des meilleurs du monde et que la protection sociale était l'une des plus généreuses imaginables a longtemps constitué un obstacle pour penser aux inégalités).

L'ORIGINE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Si les inégalités sociales de santé ont été mises en évidence au XIX^e siècle, pourquoi ne l'avait-on pas fait avant ? N'y avait-il personne pour s'en préoccuper et même y penser ? Comment s'est donc faite la « découverte » de leur existence ?

Ces questions sont complexes et les réponses difficiles. Il semble qu'on puisse attribuer le moment de leur découverte à 2 facteurs : la manifestation exacerbée de l'inégalité sociale due au capitalisme industriel triomphant dans un contexte urbain qui s'est fortement développé, et la préoccupation de scientifiques auxquels on s'adresse pour étudier la condition de vie des ouvriers et de leur famille dans un souci de réformisme, volontiers mêlé de contrôle social, et de mise en pratique des idées hygiénistes naissantes, faisant de la santé un élément essentiel du progrès moral.¹⁰ Jusque-là avait prévalu l'idée que la durée de vie est la même pour tous ; c'est ce

CE QUI EST NOUVEAU

- La présence d'une préoccupation affirmée, à l'échelon européen notamment, d'une prise en compte politique de la question des inégalités sociales de santé et parallèlement d'une lutte contre toutes les formes de discrimination.
- En France, cette orientation est récente, affirmée notamment dans la loi de santé publique de 2004. Elle ne s'est toutefois pas encore traduite par des mesures précises. Elle prolonge du reste une approche qui portait principalement sur l'exclusion, la pauvreté et la précarité.
- Sur le plan scientifique, on observe une assez forte tendance, en France notamment, à considérer les inégalités sociales de santé sous l'angle géographique et (ou) à travers une approche par la science économique avec l'utilisation de modèles statistiques parfois très sophistiqués.
- Certaines inégalités, jusqu'alors peu étudiées ou non reconnues, commencent à faire l'objet de travaux et de recommandations, en particulier pour ce qui concerne les discriminations en fonction de l'origine et les questions de violence entre hommes et femmes.

d. Citons les travaux les plus connus, ceux de Villermé en 1828 et 1840, de Penot en 1828 et de Benoiston et Châteauneuf en 1830. Cette question est reprise par Bertillon en 1889, puis par Huber en 1912.

e. Les données proviennent d'une enquête longitudinale réalisée à partir de 2 échantillons, tirés l'un du recensement de 1954, l'autre de 1975, échantillons comprenant un grand nombre de femmes et d'hommes (800 000) de 30 ans à 69 ans (1954) ou 64 ans (1975). Le relevé périodique des décès permet de mesurer la mortalité selon certaines caractéristiques (diplôme, profession, revenu, âge et sexe).

f. En Allemagne, ce n'est que très récemment que des données issues des dossiers de caisses de maladie ont été exploitées pour étudier les inégalités sociales devant la mort, la maladie et les soins.⁹

Inégalités ou exclusion ?

Depuis le début des années 1990, la notion d'exclusion s'est imposée dans le débat public, se substituant souvent au thème des inégalités. Les deux mots désignent-ils la même réalité ? Des phénomènes inédits justifient-ils le recours à un nouveau terme ?

L'exclusion comme mode de désignation des formes contemporaines de pauvreté est récente, à peine une quinzaine d'années. Elle est apparue lors de la préparation du XI^e Plan et s'est rapidement diffusée dans l'ensemble de l'espace social, dans l'univers médiatique et dans le langage politique. On se souvient que l'élection présidentielle de 1995 s'est jouée autour de la question de la fracture sociale. Elle est aujourd'hui un terme banalisé de l'action publique.

Ce qu'elle recouvre est pourtant très hétérogène. Pour certains, elle est resserrée autour du chômage de longue durée, voire de situations extrêmes comme celle des sans domicile fixe. Pour d'autres, elle englobe toutes les formes de rejet aux marges, voire en dehors du monde social, incluant non seulement la pauvreté, mais aussi la maladie, le handicap, l'homosexualité, l'immigration, le grand âge. C'est dire qu'alors qu'elle semble intelligible à chacun, elle n'est pas une catégorie aisée à manier. Les critiques qui lui ont été adressées sont de 4 types.

1. L'exclusion suppose qu'il y a un extérieur du monde social, que des personnes sont rejetées, souvent de manière définitive, hors de la société ; cette représentation, sociologiquement infondée, est démentie par les faits, car d'une part même

les situations dramatiques font l'objet d'une socialisation à travers les familles, les associations, les travailleurs sociaux, et d'autre part l'étude des trajectoires biographiques montre que la majorité des personnes dites exclues se réintègrent sur le marché de l'emploi et plus largement dans la société.

2. L'exclusion concentre le regard sur les marges ou en dehors du monde social, et notamment du travail, en perdant de vue les lieux et les logiques qui produisent les situations de précarisation et de chômage. On s'intéresse aux pauvres ou aux relégués, sans s'attacher aux mécanismes par lesquels se développe la pauvreté et s'opère la relégation. Les mécanismes de flexibilisation, de fragilisation, de discrimination, de ségrégation qui sont à l'œuvre dans les entreprises, dans les quartiers, dans les politiques publiques échappent à l'analyse.

3. L'exclusion réifie les situations qu'elle décrit et les personnes qui en seraient affectées. On ne voit plus les dynamiques, on examine des états de fait. On ne pense plus aux processus, on considère des populations. On parle des exclus, de leur mode de vie, des formes d'assistance dont ils pourraient faire l'objet, comme si cette désignation pouvait à un moment donné devenir le mode de qualification principal et donc aussi le principe de l'intervention des pouvoirs publics. Ce sont des exclus, pense-t-on, comme on dirait ce sont des cadres ou des paysans.

4. L'exclusion participe de la stigmatisation des catégories de personnes qu'elle désigne. Très vite on se met à caractériser leurs comportements, allant même jusqu'à

parler de culture de l'exclusion comme on dit aussi culture de la pauvreté ou du RMI. On décrit des traits, une appréhension du temps, une attitude par rapport à son corps, qui donnerait une sorte d'essence de l'exclusion servant à expliquer les conduites d'échecs. Du reste, lesdits exclus le savent bien eux-mêmes, et la plupart du temps ils rejettent cette désignation.

De façon restrictive et précise, il serait toutefois possible de parler d'exclusion lorsqu'il y a, de la part de la société, un rejet manifeste d'un groupe : par exemple, il y a exclusion juridique lorsque des étrangers se voient refuser un titre de séjour, ou des demandeurs d'asile un statut de réfugié. D'une façon générale, cependant, il faut se méfier de l'inflation autour de ce terme.

Si nous parlons dans ce dossier d'inégalités, c'est que ce terme permet de penser non aux marges de la société, mais à son ensemble, sa structure, ses rapports entre catégories professionnelles ou entre classes sociales. On ne parle pas de la misère physiologique des sans domicile fixe ou des chômeurs de longue durée, mais des écarts existant, dans la société française, entre des ouvriers non qualifiés et des cadres supérieurs en termes d'espérance de vie à 35 ans (9 années d'écart) ou en termes de mortalité entre 35 et 60 ans (3 fois plus de décès). Autrement dit, nous nous obligeons à penser aux liens entre les riches et les pauvres, ou encore à considérer qu'une société ne fonctionne pas seulement sur des principes de générosité et de compassion à l'égard des plus faibles, mais aussi et surtout autour de principes de justice sociale.

qu'exprimait fortement le grand naturaliste Buffon au milieu du XVIII^e siècle dans son Histoire naturelle :

« On reconnaîtra encore plus clairement que la durée de la vie ne dépend ni des habitudes, ni des mœurs, que rien ne peut changer les lois de la mécanique qui règlent le nombre de nos années. S'il y a quelque différence tant soit peu remarquable dans la durée de la vie, il semble qu'on doit l'attribuer à la qualité de l'air ». ^{h : 11}

Tout en exprimant la même idée, Jean-Jacques Rousseau, en 1750, dans son *Discours sur l'origine et les fonde-*

ments de l'inégalité parmi les hommes, attribue cependant à l'abandon de l'état de nature un affaiblissement général des hommes « civilisés », et un certain nombre de maladies qui atteignent les riches et les pauvres pour des raisons et des effets différents, mais dont le résultat final est identique. Bien qu'il affirme que « la santé, les forces du corps » font partie de l'inégalité naturelle ou physique « parce qu'elle est établie par la nature », il considère cependant que :

« L'extrême inégalité dans la manière de vivre, l'excès d'ois-

veté dans les uns, l'excès de travail dans les autres, la facilité d'irriter et de satisfaire nos appétits et notre sensualité, les aliments trop recherchés des riches, qui les nourrissent de sucs échauffants et les accablent d'indigestion, la mauvaise nourriture des pauvres, dont ils manquent même le plus souvent, et dont le défaut les porte à surcharger avidement leur estomac dans l'occasion, les veilles, les excès de toute espèce, les transports immodérés de toutes les passions, les fatigues, et l'épuisement d'esprit, les chagrins, et les peines sans nombre qu'on éprouve dans tous les états, et dont les âmes sont perpétuellement rongées. Voilà les funestes garants que la plupart de nos maux sont notre propre ouvrage, et que nous les aurions presque tous évités, en conservant la manière de vivre simple, uniforme, et solitaire qui nous était prescrite par la nature».¹²

Ainsi donc, s'il existe des différences quant aux « races », aux « climats », aux « nourritures », il n'y en aurait pas pour ce qui relève de la durée de vie car « rien ne peut changer les lois de la mécanique qui règlent le nombre de nos années ». Ces lois sont au fond une expression positiviste du fatalisme des sociétés traditionnelles. On en trouve d'ailleurs une version contemporaine dans certaines interprétations du programme inscrit dans le génome humain. Cette prédominance du rôle de la nature et du biologique, sinon du divin, dans ce qui touche à la vie corporelle et à ses manifestations – notamment pour ce qui est des maladies et du vieillissement – est ainsi aujourd'hui encore à l'ordre du jour. Elle l'est d'autant plus que les progrès des sciences – qu'il s'agisse de biologie moléculaire ou de génétique – invitent à mettre en évidence de plus en plus de facteurs biologiques à l'origine des phénomènes pathologiques, y compris dans le domaine des maladies mentales. Pourtant, c'est aussi le progrès de la connaissance et l'application plus rigoureuse des méthodes statistiques au domaine de la démographie qui ont permis de mettre en évidence la mortalité sociale.¹³ Mais il aura fallu aussi que les esprits se dégagent progressivement de cette croyance en l'égalité de tous devant la mort, cela pour des raisons qui n'avaient pas tellement à voir avec un souci de justice, mais en fonction, comme il a été dit plus haut, de préoccupations de santé publique et aussi dans le but de maintenir et d'accroître la puissance économique et militaire d'un pays. L'idée qu'il puisse en être autrement est récente, apparue au début du XIX^e siècle, avec le développement des statistiques sociales et la diffusion des idées hygiénistes.¹⁴

g. Il semble que l'amélioration des informations, notamment sur la profession des décédés, dans les données de mortalité issues de l'état civil et traitées par le service commun des causes de décès de l'Inserm, ait permis à son directeur actuel, Éric Jouglu, de procéder à des mesures sur l'inégalité face à la mort qui sont venues compléter, fort heureusement, des données issues de l'enquête longitudinale Insee quelque peu délaissée dans cette institution. Ajoutons que les données Insee ne permettent pas d'étudier les causes de mortalité, défaut qui semble sur le point d'être corrigé à la suite d'un accord avec l'Inserm.

h. Passage cité par Blum et Houdaille.¹¹

L'intérêt pour la question de la détermination sociale de la mort, une fois découverte par des enquêtes épidémiologiques portant surtout sur la classe ouvrière, n'a pas été constant et ne s'est pas manifesté partout. En France, il faudra attendre près d'un siècle pour que de nouveaux travaux sur ce thème soient réalisés avec notamment l'étude faite par Febvay et Aubenque, en 1957, sur la mortalité par catégorie socioprofessionnelle.¹⁵

LES FONDEMENTS DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

La définition des inégalités sociales de santé est essentielle, car de la réponse qu'on lui donne dépend l'examen (ou le non-examen) de certains points et de certaines questions. C'est ainsi qu'on peut se demander si les écarts de mortalité entre les femmes et les hommes¹⁶ ou entre les régions¹⁷ sont ou ne sont pas des inégalités sociales. De même, on peut s'interroger sur la légitimité à parler d'inégalités à propos de différences dans la consommation médicale, s'agissant par exemple d'un recours plus grand aux spécialistes qu'aux généralistes.

Selon nous, deux conditions doivent être remplies pour que l'on puisse parler d'inégalités sociales s'agissant de santé ou d'un tout autre objet. La première est qu'il doit s'agir d'un objet socialement valorisé : la vie par opposition à la mort, la santé et le sentiment de bien-être par opposition à la maladie, au handicap, à la souffrance physique et psychique ; des soins efficaces et au moindre coût par opposition à des soins qui ne le sont pas pour des raisons non scientifiques ou techniques, etc. La seconde est que cet objet socialement valorisé concerne des groupes sociaux hiérarchisés dans une position de dominant/dominé ; à ce titre, les classes sociales, les catégories socioprofessionnelles, les groupes différenciés en fonction du revenu, de la richesse, de l'instruction, mais aussi en fonction du sexe ou de l'origine peuvent être comparés sous l'angle des inégalités sociales de santé. Par conséquent, les différences de consommation médicale, qu'elles soient d'ordre quantitatif ou qualitatif, ne sont des inégalités que si les disparités ont des effets sur la santé des groupes en question en termes de décès, de maladies, de handicaps, de souffrances ou encore de charge financière sur le revenu, en rapport avec des relations sociales hiérarchisées ; dans le cas contraire, on parle de différences.

Les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique. Cependant, puisqu'elles sont inscrites dans les corps, il est souvent difficile de distinguer ce qui relève de la dimension sociale et ce qui se situe dans l'ordre du biologique. D'où les difficultés pour faire apparaître des différences entre les groupes sociaux, en particulier en matière de maladie en raison du jeu de facteurs comme l'âge, le

POUR LA PRATIQUE

- Les inégalités sociales de santé sont pour l'essentiel dues à des facteurs indépendants du système de santé, c'est-à-dire aux conditions et aux modes de vie des personnes. Elles résultent donc en large part des choix de société en matière d'emploi et de logement, d'éducation et de fiscalité.
- Néanmoins, les inégalités sociales face à la prévention et aux soins viennent renforcer les inégalités devant la maladie, en redoublant les désavantages des catégories défavorisées en termes d'accès et de qualité.
- La connaissance de ces inégalités, de leurs mécanismes et de leurs processus, par les médecins et en particulier par les médecins généralistes, peut contribuer à l'atténuation de ces inégalités.
- Bien évidemment, la marge de manœuvre des médecins en cette matière dépend de la nature des problèmes qui se posent aux patients, notamment aux plus vulnérables d'entre eux, tant sur le plan médical que sur le plan social. Elle est d'autant plus grande que les possibilités d'agir efficacement sont réelles : une maladie chronique entraînant un traitement au long cours (un diabète par exemple) plutôt qu'un cancer foudroyant avec un pronostic à très court terme.
- Les médecins généralistes devront, par exemple, tenir compte des facteurs sociaux et culturels qui peuvent être à l'origine de l'observation irrégulière d'un traitement par des malades ne disposant pas de connaissances suffisantes et, surtout, contraints par les nécessités de la vie qui ne leur permettent pas de respecter les recommandations de leur médecin en matière de prévention ou de soins. Ils devront également remonter dans le passé pour retrouver des éléments d'information sur la présence d'un facteur de risque pour la santé du patient pouvant expliquer une maladie présente ou future. Les médecins généralistes pourront être particulièrement vigilants lorsqu'il s'agit de patients d'âge moyen et de milieu social ouvrier et employé de service, de façon à ne pas « passer à côté » d'informations capitales et à pouvoir prévenir certaines pathologies au risque vital élevé. Ils devront systématiquement s'enquérir de la situation sociale et notamment de la couverture maladie de leurs patients et, le cas échéant, les adresser à des travailleurs sociaux ou aux services de la Sécurité sociale.

sexe, les « biais » liés aux méthodes d'enquête et aux différences de perception et d'interprétation d'ordre culturel.¹⁸ D'où aussi le fait que l'inégalité sociale de santé n'est pas perçue comme les autres, et que le plus souvent elle est mise sur le compte de la fatalité ou du hasard. C'est dans ce domaine que l'idéologie du « don naturel » peut s'exercer avec un maximum d'efficacité, comme pour ce qui touche à la beauté et à l'intelligence : pour beaucoup, le fait d'être en bonne ou mauvaise santé tient largement à des qualités de la personne, souvent innées, en tout cas en dehors des déterminations sociales.

Il existe du reste d'autres mécanismes par lesquels les inégalités sociales de santé nous sont rendues invisibles. Par exemple, les disparités liées à la nationalité ou à l'origine ont été niées en France pendant longtemps, car on en faisait la simple conséquence de la distribution inégale dans la société des étrangers et des immigrés ou de leurs enfants. Ce n'est pas parce qu'ils étaient étrangers ou immigrés qu'ils étaient en moins bonne santé ou avaient un accès aux soins plus difficile, mais parce qu'ils étaient ouvriers non qualifiés ou personnels de service.¹⁶ Quand bien même on était prêts à identifier en tant que telles ces disparités, on en faisait des différences culturelles plutôt que des inégalités sociales.²⁰ Il a donc fallu établir, d'abord, que la répartition dans les différentes catégories

socioprofessionnelles en fonction de l'origine des personnes relevait pour partie de discriminations, ensuite que, même à classe sociale équivalente, des inégalités spécifiques étaient observées, souvent sur des critères racistes, et enfin, que les disparités observées n'étaient pas culturelles mais bien sociales, économiques et politiques.²¹ Le changement de regard sur ces inégalités impliquait alors une modification des politiques, et l'on sait que dans ce contexte nouveau ont été créés, hier le Groupe d'étude et de lutte contre les discriminations, aujourd'hui la Haute Autorité de lutte contre les discriminations.

C'est donc contre les évidences, historiquement construites par le sens commun, qu'il faut rappeler les mécanismes sociaux de production des inégalités de santé, et ce au niveau national comme international. Si, en France, un manœuvre a une probabilité 2 fois et demie plus élevée qu'un cadre supérieur de mourir entre 35 et 60 ans, et si l'enfant qui naît au Burundi ou en Ouganda a en moyenne 2 fois moins d'années à vivre que celui qui voit le jour au Japon ou en France, il faut y voir non le résultat de différences naturelles (éventuellement génétiques), ou même comportementales (face au risque), mais bien la traduction dans les corps des inégalités sociales, telles qu'elles existent au niveau d'un pays ou à l'échelle du monde. ■

SUMMARY The origins and foundations of social inequalities in health

France presents the paradox of being the country where the health system has been ranked first in the world for its overall performance and where the inequalities of mortality among men are the highest in Western Europe. This reality is little known, in part because it is little studied. The authors show how the issue of health inequalities has been recently re-discovered by researchers and scientific institutions. They attempt to explain the reasons of the delay in comparison with neighbour countries, referring to its historical background. They explore how health inequalities, long considered as natural, have progressively been seen as social. The problem of definition and qualification is therefore of the utmost importance. Two conditions are necessary to speak of inequalities and not mere differences: the domain has to be socially valued (life or wellbeing, for instance) and the disparities must be hierarchical (social classes, occupational categories, etc.). Finally, the authors recall that the social inequalities in health are the result of structural inequalities which concerns all the fields of social activities and conditions and which reflects the level of social justice in a country at a specific moment of its history and economic development.

Rev Prat 2004 ; 54 : 2221-7

RESUMÉ L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé

La France présente la situation paradoxale de bénéficier du système de santé considéré comme le meilleur au monde selon certaines évaluations internationales, et de connaître les inégalités sociales devant la mort les plus profondes parmi les pays ouest-européens. Cette réalité est mal connue, notamment du fait du peu d'intérêt de la recherche en France, et plus largement de la société, à l'égard des inégalités de santé. Les auteurs montrent ici comment la question a été récemment redécouverte et tentent de rendre compte des raisons de notre retard scientifique en la matière, en comparaison de pays voisins, ce qu'ils attribuent à des facteurs politiques, idéologiques et institutionnels de nature historique. Les auteurs s'intéressent à la manière dont les inégalités de santé, longtemps considérées comme naturelles, ont progressivement été reconnues comme sociales. Le problème de la définition et de la qualification des inégalités est ainsi essentiel. Deux conditions sont nécessaires pour que l'on parle d'inégalités sociales de santé, et non simplement de différences : il doit s'agir d'un objet socialement valorisé (la vie, le bien-être...) et cet objet doit concerner des groupes sociaux hiérarchisés (classes sociales, catégories socioprofessionnelles...). Finalement, les auteurs rappellent que les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des disparités structurelles (ressources, logement, alimentation, emploi et travail, école et formation), qui caractérisent l'état de la justice sociale dans un pays ou un territoire à un moment de son histoire et de son développement économique.

RÉFÉRENCES

1. **Illsley R.** In : **Aïach P et al.** (eds). Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Paris : Inserm, 1988.
2. **Desplanques G.** La mortalité des adultes suivant le milieu social 1955-1971. Paris : Les collections de l'INSEE, D44, 1976.
3. **Surault P.** L'inégalité devant la mort. Paris : Economica, 1979.
4. **Fox J** (ed.). Health inequalities in European countries. Gower, 1988.
5. **Aïach P, Carr-Hill R, Curtis S, Illsley R.** Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Paris : Inserm, 1988.
6. **Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T** (sous la direction). Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte/Inserm, 2000.
7. Rapport du Haut Comité de la santé publique (2002). La santé en France, ministère de la Santé et de la Solidarité.
8. Rapport de l'Académie nationale de médecine. La prévention, 2002.
9. **Geyer S, Peter R.** Occupational status and all cause mortality. Eur J Public Health 1999 ; n° 2.
10. **Fassin D.** L'espace politique de la santé. Essai de généalogie. Paris : PUF, 1996.
11. **Blum A, Houdaille J.** Les inégalités devant la mort dans le passé. Cahiers Soc Demogr Med 1989 ; 1 : 5-20.
12. **Rousseau JJ.** Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes. Paris : Garnier-Flammarion, 1992 : 179-80.
13. **Desrosières A.** La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique. Paris : La Découverte, 1993.
14. **Védrenne-Villeneuve.** L'inégalité sociale devant la mort dans la première moitié du XIX^e siècle. Population, 1961 : 4 : 665-98.
15. **Febvay M, Aubenque A.** La mortalité par catégorie socio-professionnelle. Etudes et Statistiques, 1957 ; 3 : 39-44.
16. **Aïach P, Cèbe D, Cresson G, Philippe C** (sous la direction). Femmes et hommes dans le champ de la santé. Paris : Editions ENSP, 2001.
17. **Aïach P.** La question des inégalités sociales de santé dans le Nord-Pas de Calais. In : Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer ? Le cas exemplaire du Nord-Pas-de-Calais. Paris : Éditions ENSP, 2004.
18. **Aïach, P, Cèbe D.** Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socio-culturels et méthodologiques de différenciation. Paris : Les éditions INSERM/Doin, 1991.
19. **Fassin D.** Social illegitimacy as a foundation of health inequality. How the political treatment of immigrants illuminates a French paradox. In : Castro A, Singer M (eds). Unhealthy health policy. A critical anthropological examination. Walnut Creek, Ca : Altamira Press, 2004.
20. **Fassin D.** Le culturalisme pratique de la santé publique. In : Dozon JP, Fassin D (eds). Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. Paris : Balland, 2001 : 181-208.
21. **Fassin D, Carde E, Ferré N et al.** Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins. Rapport d'étude n° 5. Bobigny : Cresp, 2002 : 172 pp et annexes.