

Une médecine de classe

26 juin 2017



La dernière loi de santé, promulguée le 26 janvier 2016, a fait du combat contre « *les injustices et les inégalités de santé et d'accès au système de soins* » l'un des « *trois défis majeurs* » pour améliorer la santé de la population en France. Dans sa présentation de la loi, le ministère de la Santé a multiplié les exemples d'inégalités sociales de santé : « *les enfants d'ouvriers ont dix fois plus de risques d'être obèses que les enfants de cadres, les cadres vivent dix années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles...* ». Le constat n'est pas nouveau : les écarts entre les classes sociales en matière de santé font l'objet d'un consensus, en épidémiologie [1] comme en sciences sociales. On reconnaît aujourd'hui le poids des déterminants sociaux, tels que les conditions de vie et de travail, dans les inégalités face à la maladie et à la mort. Les conditions d'accès différenciées aux soins, qu'elles découlent d'inégalités de richesse ou d'inégalités territoriales, demeurent la principale grille de lecture des inégalités de santé. Ces conditions structurent ainsi les politiques de santé, depuis la loi dite « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de juillet 2009, qui crée les agences régionales de santé en vue notamment de lutter contre les déserts médicaux, jusqu'à celle de janvier 2016, dont la généralisation du tiers payant était la mesure phare pour lutter contre l'inégal accès. En revanche, la question de l'inégale qualité des soins, elle, n'est jamais pensée comme un facteur explicatif de la permanence des inégalités sociales en matière de santé. Pourtant l'offre et la qualité des soins – c'est-à-dire la manière dont

s'organisent le système de soins et les professions de santé – jouent également un rôle dans le maintien, voire l'accroissement des inégalités de santé.

À nombre de consultations égal, on est plus ou moins bien soigné selon le niveau de l'échelle sociale où l'on se situe et son origine nationale. L'anthropologue Sylvie Fainzang [2] montre que les malades d'un cancer sont moins bien informés sur leur maladie par leur médecin quand ils appartiennent aux classes populaires. L'étude des registres dédiés aux maladies cardiaques aboutit à un constat similaire : la prise en charge hospitalière des patients pour un infarctus du myocarde ne diffère pas selon les catégories sociales mais les trajectoires de soins qui précèdent et suivent l'infarctus varient, quant à elles, fortement. Au moment de l'apparition d'une douleur thoracique, premier signe d'un infarctus, les catégories sociales les plus favorisées font l'objet d'une prise en charge médicale « *plus approfondie, plus spécialisée que dans les autres groupes* », notamment du fait d'examens complémentaires plus poussés. Cette étude épidémiologique, descriptive, ne permet pas de comprendre les raisons de cette prise en charge médicale socialement différenciée, mais les auteurs d'une synthèse de ces travaux concluent que le problème de l'accès aux soins est moins important que la relation entre les patients et le système de santé.

D'autres recherches menées dans le domaine de la santé périnatale (du dernier trimestre de grossesse aux premiers jours qui suivent la naissance) et infantile (durant la première année de l'enfant) concluent à un cumul des inégalités où l'organisation des soins constitue un facteur aggravant : une étude menée en 2015 en Seine-Saint-Denis, « *département qui présente des taux de mortalité périnatale et infantile de 30 à 50 % plus élevés que la moyenne française* », indique que « *la prévalence des facteurs de risque sociaux, comme le jeune âge maternel, le faible niveau scolaire, l'absence de vie en couple et l'absence de couverture sociale en début de grossesse [plus élevée que dans d'autres départements]* », est aggravée par l'organisation des soins, en particulier par la « *saturation des consultations hospitalières, [qui contribue à] une prise en charge plus tardive des femmes à l'hôpital* » [3] et donc à un accroissement des risques de mortalité périnatale. Plus largement, les recommandations médicales nationales sont moins bien appliquées par les médecins pour les membres des classes populaires, par exemple pour les examens par frottis et mammographie en dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, dont plusieurs études montrent qu'ils sont moins prescrits par les médecins aux femmes des classes populaires [4]

Pourquoi ne sommes-nous pas tous soignés de la même façon ? Cette différenciation renvoie à des explications plus larges que la seule relation entre les médecins et les patients. Celle-ci est toujours analysée comme une relation entre des individus, alors qu'elle est prise, imbriquée, dans des rapports sociaux qui l'incluent et la dépassent. Un médecin n'a pas la même relation, le même discours sur la santé et le traitement à suivre, avec un cadre supérieur qu'avec un ouvrier. Ces rapports de classe, mais aussi de sexe ou de race [5] influencent la façon de pratiquer la médecine. Ils ne s'arrêtent pas aux portes des hôpitaux ou des cabinets médicaux.

Ainsi, les travaux sur les protocoles de traitement des malades atteints de sida et de tuberculose analysent comment opèrent les préjugés raciaux des professionnels de santé en filigrane du choix d'inclure ou non tel ou tel patient dans tel ou tel protocole [6] D'autres recherches sur les effets pratiques des catégorisations ethnoraciales appliquées aux patient(e)s roms à l'hôpital [7] rendent compte de traitements différenciés selon la classe sociale, le sexe et l'origine (vraie ou supposée). Les catégories de pensée et de classement, les préjugés des professionnels de santé deviennent autant d'éléments à inclure dans les interprétations de ces inégalités.

Que faire ?

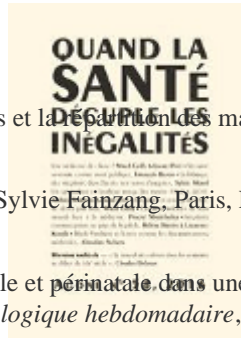
La majeure partie de ces inégalités trouve sa source en amont des services de santé : dans les conditions de travail inégalement usantes, dans les inégalités de revenus croissantes, dans la ségrégation spatiale et l'enclavement de quartiers désertés par les services publics, dans les inégalités scolaires qui, en France, s'accroissent de nouveau depuis une quinzaine d'années. Ainsi, toute politique publique peut aussi être évaluée à l'aune de ses conséquences pour la santé de toute ou partie de la population, comme l'écrit Michael Marmot dans un rapport joliment intitulé *Une société juste, des vies saines* [8] Mais comme le montrent un certain nombre d'initiatives locales, par exemple des expériences de promotion de l'activité sportive pour une somme symbolique ou des expériences de rattrapage gratuit d'examen de dépistage tels que le frottis du col utérin, pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé, il est crucial que les services de santé tiennent compte des déterminants sociaux de la santé et donc de la position sociale des malades.

Ceci suppose d'inclure, dès la formation des professionnels de santé, la profession, le pays de naissance et le type de couverture sociale des malades parmi les éléments que les professionnels recueillent en routine dans les dossiers médicaux, au même titre que le poids, le nombre d'accouchements ou les antécédents médicaux. Les freins à une amélioration des pratiques relèvent moins d'une incapacité foncière de médecins, majoritairement issus des classes dominantes à communiquer avec les membres des classes populaires, que d'un déficit de pratiques correctives systématiques. De même que l'école a mis en place des mesures correctives des inégalités (la politique d'éducation prioritaire par exemple), le monde de la santé doit se donner les moyens de mettre en place des actions de rattrapage des inégalités. Il semble de plus en plus urgent de mettre en œuvre une action de santé qui, si elle concerne l'ensemble de la population, mette l'accent sur les groupes sociaux pour lesquels le problème de santé visé est le plus fréquent ou le plus grave, c'est-à-dire souvent les immigrés, et toujours les membres des classes populaires.

Maud Gelly, docteure en sociologie, CRESPPA-CSU ; médecin, AP-HP
et Laure Pitti, maîtresse de conférences en sociologie, Université Paris 8/CRESPPA-CSU.

Ce texte est extrait de « Quand la santé décuple les inégalités », in *Revue Agone*, n° 58, 2016.

Photo / © Steve Cukrov – Fotolia



[1]Épidémiologie : discipline scientifique qui étudie les causes et la répartition des maladies dans la population.

[2]*La relation médecins-malades : information et mensonge*, Sylvie Fainzang, Paris, PUF, 2006.

[3]« Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L'exemple de la situation en Seine-Saint-Denis », Priscille Sauvegrain et al., in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 6-7, Institut de veille sanitaire, 2015.

[4]*Les inégalités sociales de santé*, Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang, La Découverte, 2000, p. 200-201.

[5]On entend par là un rapport social fondé sur la différenciation des individus en fonction de caractéristiques ethniques vraies ou supposées, ou de traits physiques tels que la couleur de peau.

[6]« Entre droit aux soins et qualité des soins », Marguerite Cognet, Céline Gabarro, Émilie Adam-Vezina, in *Hommes et migrations* n°1282, 2009.

[7]« Catégorisation ethnoraciale et frontières morales à l'hôpital : le cas des patients "roms" », Dorothée Prud'homme, communication au séminaire *Politiques antidiscriminatoires*, coordonné par Gwénaële Calvès et Daniel Sabbagh, Science-Po CERI, 10 janvier 2014, 17 p.

[8]*Fair Society, Healthy Lives, The Marmot Review*, Michael Marmot et al., University College of London, Institute of Health Equity, 2010.

-
- Emplacement :
 - Adresse de cet article : <https://www.inegalites.fr/Une-medecine-de-classe>