

« Un aveuglement face aux inégalités sociales de santé », entretien avec Didier Fassin, directeur d'études à l'EHESS

8 février 2008



Pratiques : Quels sont les facteurs sociologiques et politiques qui font que la société française tolère autant les difficultés d'accès aux soins et les inégalités sociales ?

Didier Fassin : Deux confusions semblent en fait souvent s'opérer : entre soins et santé d'une part, entre inégalités et pauvreté d'autre part. En France, on a tendance à assimiler soins et santé, à accentuer la corrélation entre problèmes de santé et difficultés d'accès aux soins, or on a intérêt à les séparer car ils relèvent d'une logique différente. Les inégalités sociales de santé sont en France parmi les plus élevées d'Europe de l'Ouest (l'écart d'espérance de vie à 35 ans des hommes selon leur catégorie socioprofessionnelle est le plus important atteint neuf années), alors que l'efficacité du système de soins est très bien évaluée (il est au premier rang du classement de l'Organisation mondiale de la santé). C'est dire que les deux réalités – la santé et les soins – ont une large autonomie l'une par rapport à l'autre : un pays peut avoir un bon système de soins et des inégalités de santé très profondes.

Par ailleurs, on constate en France une tendance structurelle des politiques : d'un côté, on produit davantage d'inégalités sociales, notamment par les politiques fiscales mais aussi de l'éducation et de l'emploi, et de l'autre, on s'attaque à la pauvreté extrême, comme c'est la mission du Haut Commissaire chargé de ces questions. Autrement dit, on déconnecte les deux phénomènes : on se soucie de moins en moins de justice sociale, mais on développe les programmes d'assistance. Ce décalage est caractéristique de toutes les politiques libérales dont on constate qu'elles finissent par se retourner aussi contre les pauvres, accusés de contribuer à leur propre misère ou de tricher avec les fonds de la solidarité publique, comme on vient de l'entendre à propos des chômeurs.

Or, lorsqu'on examine les statistiques de mortalité, on se rend compte qu'elles indiquent non pas une rupture entre les riches et les pauvres, mais bien un gradient continu des cadres supérieurs aux ouvriers non qualifiés, en passant par toutes les catégories intermédiaires : les inégalités l'emportent sur la pauvreté si l'on peut dire.

Ces réalités sont largement méconnues et même pour une part occultées.

De quoi sont faites les inégalités sociales de santé ?

Améliorer son état de santé, cela ne dépend pas seulement du domaine des soins : obtenir un logement décent, une meilleure éducation, un accès à l'emploi, des conditions correctes de travail, ce sont des facteurs bien plus déterminants. Ce qui ne veut pas dire que l'accès aux soins soit sans importance. En fait, plus que pour ses conséquences sur la santé, l'accès aux soins doit être défendu en tant que droit. Et c'est précisément cette dimension qu'on perd de vue quand on avance des mesures pour financer la Sécurité sociale comme le forfait hospitalier ou la franchise médicale dont il s'agit moins de contester le bien-fondé dans l'absolu que le fait qu'en l'appliquant à tous, on ne pénalise que les plus pauvres, les excluant du droit à des soins. La conséquence, c'est qu'ils renoncent à des soins ou n'achètent pas des médicaments. Parfois, ils viennent se faire soigner à l'hôpital parce que il n'y a pas d'argent à avancer et sont surpris par le montant de la facture reçue ensuite qu'ils n'arrivent pas à régler.

Pourquoi cette cécité générale sur l'importance des déterminants sociaux de la santé et sur les inégalités ?

Quand on interroge les gens sur les inégalités de santé, en effet, il est rare qu'ils parlent des conditions de vie ; ils évoquent soit des inégalités innées, soit des inégalités de soins. Le social est absent de leur discours. Cet aveuglement affecte du reste presque tout le monde, les profanes, nos gouvernants, et même nombre de ceux qui réfléchissent sur le système de société et de santé.

Il semble aller de soi que la santé est en rapport avec la médecine : quand on est malade, on va chez le médecin ; la santé, c'est donc son affaire. A ce raisonnement spontané, s'ajoutent le discours et les pratiques des médecins eux-mêmes qui défendent toujours leur métier en affirmant qu'ils sont les garants de l'état de santé de leurs concitoyens. Or c'est différent d'être efficace sur un individu et sur une population globale. Ce n'est pas faire injure aux médecins que de constater que leur action influe relativement peu sur les indicateurs de santé publique.

Dans cette cécité, il faut aussi tenir compte de l'histoire de la Sécurité sociale : depuis 1945, et même avant, ce sont les luttes et les mouvements sociaux qui ont permis que la population ait un accès aux soins de plus en plus étendu. C'est un sentiment partagé par les syndicats, les mutuelles, les travailleurs, qui y voient à juste titre une conquête sociale, non spécifique à la France, mais sans doute accentuée dans ce pays, où cela a une force toute particulière. Or là encore, l'assurance maladie n'est qu'un élément dans la production de l'état de santé de la population, et de surcroît

relativement modeste.

Troisième raison d'aveuglement, en France les déterminants sociaux et les inégalités sociales de santé ne font que très peu l'objet d'études scientifiques et ne sont pas non plus l'objet de débats publics. Beaucoup moins que dans les pays anglo-saxons, où ce sont des questions portées dans l'espace politique. En France, jamais, sauf peut-être en 2003 lors de la canicule, on ne parle d'inégalités de santé. Et moins encore d'inégalités sociales.

La « bonne » couverture sociale autoriserait l'absence de conscience des inégalités ?

Je ne conteste pas la Sécurité sociale, ni les progrès en termes de couverture sociale, encore que, au cours des dernières années, on en a rabattu sur le niveau de couverture sociale. Si on bénéficie de son extension à quasiment 100 % de la population, en revanche sa profondeur n'a cessé de régresser. Autrement dit ce qui reste à payer pour le patient ou sa mutuelle a augmenté. Or là encore, pour les personnes à faibles revenus, mais au-dessus des minima sociaux, l'absence de mutuelle signifie qu'elles ont à leur charge un ticket modérateur dont la valeur croît sans arrêt. Dire qu'on va « responsabiliser » les gens en les faisant payer une franchise médicale comme on leur a demandé hier de s'acquitter d'un forfait hospitalier, c'est donc simplement oublier que l'on paye déjà – ou plutôt que les pauvres paient déjà.

C'est un discours classique : ce sont toujours les comportements des malades, et notamment des plus nécessiteux - que l'on fustige - sans s'interroger sur le système de soins. Lorsqu'on a posé la question de l'engorgement des services d'urgence dans les hôpitaux il y a quelques années, on a dit que les malades profitaient de l'hôpital. On n'a pas parlé de la qualité des plateaux techniques, ni de la disponibilité des professionnels, bien meilleurs dans les hôpitaux qu'en ville, où les médecins ne travaillent souvent pas le soir et le week-end et, du reste, tendent de plus en plus à refuser les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat et de la CMU, ainsi que nous l'avions montré il y a quelques années. Ainsi ce sont toujours les conduites supposées déviantes des malades qui posent des problèmes : on a vite fait de dire qu'ils consomment n'importe comment, surtout s'ils sont pauvres.

Quel est l'aspect symbolique de l'accès aux soins ?

L'accès aux soins n'est donc pas tellement accès à une meilleure santé, je viens de le dire. C'est bien sûr un droit : droit d'être soigné, d'être aidé, d'avoir accès à des conseils, à des mesures de prévention. Ce droit est une forme de reconnaissance de l'individu par la société, une façon de lui faire une place, au titre de la solidarité. Mais il y a une autre dimension, dont on ne parle jamais. C'est la vie quotidienne : pouvoir consulter un médecin généraliste proche de chez soi, surtout s'il a, outre sa compétence technique, une compétence relationnelle, cela participe de la qualité de vie. On sait cela pour les personnes âgées, mais il ne s'agit pas seulement d'elles. Il suffit d'entendre les conversations courantes, dans le train ou dans un magasin : pour beaucoup, la visite chez le médecin est un instant décisif de leur existence. Non seulement pour la qualité des soins reçus, mais aussi pour ce qui a été dit, ce qui a été échangé. On accorde toujours beaucoup de poids aux paroles et aux gestes de celui ou celle qu'on investit d'un savoir et d'un pouvoir bien plus considérable que ne s'en plaignent les médecins. Cette dimension de la vie ordinaire, de la relation sociale n'est guère théorisée ni quantifiée : elle n'est pas même valorisée par les analystes des systèmes de soins : c'est pourtant un élément aussi essentiel que trivial.

Des politiques publiques dans le but de réduire les inégalités sociales de santé sont-elles possibles ?

Comme je l'ai rappelé, ce sont des politiques qui portent d'abord sur des domaines extra- sanitaires : éducation, logement, habitat, emploi, conditions de travail, protection au travail. Les politiques redistributives sont indispensables, elles peuvent se décliner dans les différents domaines précédents. L'aide apportée aux élèves en difficulté, l'attribution de logement aux plus défavorisés, l'indemnisation des personnes privées d'emploi, ce sont des mesures plus efficaces sur la santé que la construction d'hôpitaux et a fortiori l'augmentation des honoraires des médecins. Ce n'est pas la voie dans laquelle les gouvernements se sont engagés au cours de la période récente. Au contraire, on semble revendiquer l'inégalité en tant qu'elle serait profitable à l'économie et paradoxalement juste. Il faut « travailler plus pour gagner plus », nous dit-on, sans nous dire ce que l'on fait de ceux qui n'ont pas accès à un emploi ou qui ne dépasseront jamais le niveau du salaire minimum.

Pour que des politiques publiques réduisent les inégalités de santé, il faut donc introduire explicitement cette question des inégalités de la conception à l'évaluation de l'action publique. Une difficulté est qu'on se donne rarement les indicateurs correspondants, les instruments qui permettraient de mesurer l'évolution des inégalités. On peut éventuellement compter les pauvres, mais on ne mesure pas les inégalités. Parmi les 100 indicateurs de santé publique dans la loi de 2003 sur la santé, aucun ne concerne les inégalités. Le mot même n'y a pas sa place et ce malgré la demande que Jack Ralite, ancien ministre de la santé, avait faite au Sénat, lors de la discussion du texte. Quand on se refuse même à les nommer, on comprend qu'il soit difficile de les combattre.

Didier Fassin, sociologue, directeur de l'institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS), sciences sociales, politique, santé, directeur d'études anthropologie politique et morale à l'école des hautes études en sciences sociales (EHESS).

Extrait de la revue *Pratiques*, n°39, octobre 2007.

Photo / Didier Fassin

-
- Emplacement :
 - Adresse de cet article : <https://www.inegalites.fr/Un-aveuglement-face-aux-inegalites-sociales-de-sante-entretien-avec-Didier>