

LES DISPARITES SOCIALES DE SANTE : UN DEFI POUR LA GESTION DU SYSTEME DE SANTE

Marcel DRULHE*

Si l'on accepte de décrire l'état de santé des populations à partir des indicateurs de mortalité (quelles que soient par ailleurs leurs limites), l'observation de leur évolution dans la durée permet d'établir une amélioration incontestable de la santé en France et dans les sociétés occidentales. Au sein de la société française, l'espérance de vie à la naissance est d'environ 28 ans au moment de la Révolution, elle passe à 40 ans en 1816 et elle est de 70 ans en 1990¹. C'est une évolution comparable que l'on constate dans les pays européens, mais avec des décalages dans le temps : "le Portugal affichait en 1990 un taux de mortalité infantile de 11‰, équivalent à celui des Pays-Bas en 1975. Le rattrapage a été rapide : à la fin des années soixante, le Portugal se caractérisait encore par un taux plus de quatre fois supérieur à celui des Pays-Bas (61,1 et 13,9 décès, respectivement, pour mille enfants nés vivants en 1965-1969)²."

Ces constatations sont parfaitement cohérentes avec les processus définis par les spécialistes comme transition démographique et transition épidémiologique. La transition démographique se caractérise par la mise en place progressive d'un nouveau régime d'équilibre des populations : les grandes crises de surmortalité tendent à disparaître, la mortalité infantile baisse et se succèdent diverses formes de malthusianisme, des plus aléatoires aux plus efficaces. C'est l'ensemble des pays européens qui inaugure une telle transition (à des dates différentes) : elle se manifeste par une explosion démographique (de 1750 à 1950, la population européenne a presque quadruplé³).

Mais un tel changement de régime démographique a pour condition de possibilité une transition épidémiologique : on désigne par là le déclin et la quasi-éradication des maladies infectieuses au titre de maladies létales ; du fait de l'allongement de la durée moyenne de vie, ce sont les maladies dégénératives qui prennent la relève comme causes majeures de mortalité, mais au sein de populations plus vieilles. Comme pour la transition

* Maître de conférences en sociologie, membre du Centre d'Etudes des Rationalités et des Savoirs (CERS) et du CjF INSERM "Ages et Handicaps : pratiques et représentations de la santé".

¹ Jacques VALLIN, Evolution de la mortalité depuis 1920, *Données sociales*, INSEE, 1993.

² Jean-Claude CHESNAIS, Vers une stagnation démographique, in François FERON et Armelle THORAVALL (sous la direction de), *L'Etat de l'Europe*, Paris, La Découverte, 1992.

³ France MESLÉ et Jacques VALLIN, Santé et démographie : les conséquences du progrès de la médecine, in Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette, *L'homme et la santé*, Paris, Ed. du Seuil, 1992.

démographique, les sociétés-nations et, en leur sein, les régions donnent à voir un développement différencié de la transition épidémiologique : ainsi, le Japon commence sa transition au lendemain de la seconde guerre mondiale (la tuberculose est la principale cause de décès dans cette société jusque dans les années 50) alors que la Grande-Bretagne y accède dès la seconde moitié du XIX^{ème} siècle⁴.

Les démocraties au service de l'amélioration globale de la santé.

Une telle convergence de l'état de santé, et de ses effets, ainsi mesuré au sein des sociétés occidentales, et plus largement des sociétés industrielles, est évidemment lié à la relative convergence des conditions socio-économiques que ces sociétés offrent à leur population : la tendance à l'amélioration globale de la santé corrobore, en un sens, l'efficacité technique et industrielle, liée à l'idéologie du progrès (le progrès sanitaire va de pair avec le progrès économique). Mais l'interprétation paraît être trop générale : le progrès lié à l'industrialisation est sans doute nécessaire pour un progrès sanitaire, mais il se révèle insuffisant si l'on se réfère à l'évolution de l'URSS. Dès le milieu des années 70, un démographe "prévoit" la crise du système soviétique en observant une régression des formes de mortalité, en particulier infantile : malgré sa puissance industrielle, le régime ne parvient pas à enrayer le délabrement de la santé physique et morale des populations qui sont sous sa coupe, faute d'une démocratie qui aurait permis de 'secouer' le cynisme et la paresse du personnel dirigeant⁵.

Au regard de ce phénomène historique, on peut supposer que les progrès matériels ne peuvent porter tous leurs fruits sur le plan sanitaire qu'à la condition d'être accompagnés et soutenus par l'action politique d'un Etat de droit qui assure l'établissement d'un droit social, en particulier le droit lié à la protection sociale, - et contrôle son application. C'est que le développement de l'industrialisation est toujours lié à la démesure du travail : taylorisme et stakhanovisme sont la manifestation (qui a le plus frappé les imaginations) d'une pression productiviste permanente, d'une course sans fin à l'accélération des rythmes de travail et à l'intensification des tâches, et à l'attisement de la concurrence entre les individus.

Avant et après ces formes, la quête sans fin d'une meilleure productivité a été souvent source de conditions de travail et de vie délétères sur le plan de la santé, ne serait-ce que par la remise en cause permanente du prix du travail, soit directement (réduction ou non-augmentation du salaire et des primes), soit indirectement (accroissement des chômeurs et des exclus de l'activité économique formelle, affaiblissement de la protection sociale) : seules l'opposition des salariés et la mise en forme par l'Etat de mesures

⁴ Henri PICHERAL, Géographie de la transition épidémiologique, *Annales de géographie*, XCIII^{ème} année, n° 546, 1989.

⁵ Le démographe est Emmanuel TODD : son argument a été repris par d'autres spécialistes de la démographie. Cité par François FURET, *Le passé d'une illusion*, Paris, Robert Laffont/Calmann-Lévy, 1995, p. 567.

législatives qu'il fait respecter permettent de freiner et d'arrêter (au moins momentanément) l'engagement sur cette pente. Encore ces mesures, si elles contribuent à préserver les débuts de la transition épidémiologique et à la poursuivre dans le sens d'une amélioration globale de la santé, se révèlent-elles insuffisantes pour entraîner la disparition des écarts de santé au sein des populations.

Malgré une amélioration générale de la santé, des écarts persistants de mortalité...

Tournons-nous de nouveau vers les indicateurs de mortalité, dans la mesure où ils résument l'histoire sanitaire d'une population et des groupes qui la composent, quels que soient les critères utilisés pour en faire la partition : la mortalité est l'expression de l'accumulation dans les corps de tout un ensemble d'effets qui les protègent ou les détériorent et qui portent la trace de leurs conditions de production mais aussi de leurs conditions de reproduction, si rien n'est fait pour les neutraliser, c'est-à-dire si aucune action n'est entreprise pour que le probable cesse d'être au rendez-vous. Comme la clinique naissante qui fait pivoter son regard du patient vers le cadavre disséqué pour comprendre les pathologies du vivant, prenons la mesure du "résultat" (la mortalité) avant d'explicitier quelque peu les mécanismes permettant de rendre intelligible ses variations et d'analyser les enjeux qui en découlent pour la gestion de la santé publique.

L'écart le plus évident est celui qui existe entre les sexes : la surmortalité féminine de l'ancien régime démographique s'est inversée au détriment des hommes ; depuis le XIX^{ème} siècle, la surmortalité masculine ne cesse de s'accroître : l'espérance de vie à la naissance, dans la France de 1990, est de 72,8 ans pour les hommes et de 80,9 ans pour les femmes, et on observe un écart similaire dans les pays de l'Union Européenne aussi bien qu'aux Etats-Unis et au Japon⁶.

Mais les écarts de mortalité existent aussi entre individus selon leur statut matrimonial : la probabilité de décès entre 35 et 60 ans, en 1975-1980 (données récentes les plus sûres en France), est deux à trois fois plus forte pour les hommes veufs, divorcés et célibataires que pour les hommes mariés ; il existe une différence similaire entre les femmes mariées et les autres, mais l'écart est plus atténué. C'est ce qui fait dire aux démographes que le mariage a un effet plus protecteur pour les hommes que pour les femmes (encore qu'ils s'interrogent sur un éventuel effet de sélection...) : la tendance était la même dans la deuxième moitié des années soixante et elle est également établie pour l'Angleterre et le Pays de Galles ainsi qu'aux Etats-Unis⁷.

⁶ Michelle LE TURDU, Les décès en 1990, *INSEE PREMIERE*, n° 182, février 1992.

⁷ Guy DESPLANQUES, in Marie-Hélène BOUVIER-COLLE et alii (sous la direction de), *Mortalité et causes de décès en France*, Paris, Ed. de l'INSERM et Doin, 1990.

Jacques VALLIN et Alfred NIZARD, La mortalité par état matrimonial. Mariage sélection ou mariage protection, *Population*, n° spécial, 1977.

C.A. NATHANSON, Sex differences in mortality, *Annual Review of Sociology*, n° 10, 1984.

L'âge est tellement "naturalisé" (intrinsèquement lié au vieillissement biologique) que les différences de mortalité selon les périodes de la vie nous paraissent aller de soi ! Selon cette perspective, il n'est pas choquant d'observer les plus forts taux de mortalité aux âges les plus élevés mais aussi aux jeunes âges du fait de la grande fragilité et de l'extrême dépendance des petits d'homme. Entre ces pôles, la hausse de mortalité est-elle régulière, comme l'on pourrait s'y attendre au regard d'un vieillissement biologique continu ? Quand on compare les courbes de mortalité par âge⁸ en France, on s'aperçoit rapidement qu'il n'en est rien.

D'abord, les courbes masculines et féminines de 1989 se distinguent : on retrouve du point de vue de l'âge les écarts de mortalité entre les sexes. Mais l'une et l'autre courbe manifestent des ruptures dès que le quotient de mortalité se remet à croître : chez les hommes, la courbe est abrupte de 12 à 22 ans, puis esquisse un palier de 23 à 30 ans, amorce une remontée de 31 à 40, enfin s'accélère entre 41 et 50, ce qui lui donne sa pente jusqu'à son terme ; chez les femmes, la courbe présente des aspérités du même type mais elles se situent à des âges différents : la remontée du quotient de mortalité est moins abrupte et se stabilise dès la vingtième année ; le palier s'étire jusqu'à 40 ans et la reprise qui s'amorce à la suite s'inscrit dans une pente plus douce que celle de la précédente courbe.

Ensuite, si l'on compare des courbes du même type à différentes dates depuis le début du siècle, on observe des différentiels de mortalité aux différents âges qui témoignent que les progrès obtenus dans les baisses de mortalité ne l'ont pas été pour les mêmes classes d'âge aux mêmes moments : cela tend à suggérer que les effets de l'âge sur la mortalité sont irréductibles à des effets de vieillissement biologique, mais qu'ils traduisent aussi des effets de générations.

La quatrième sorte d'écarts de mortalité se rapporte aux groupes socio-professionnels : les différences sont très importantes, au point que l'on se réfère à ce type de corrélations statistiques pour désigner et décrire "les inégalités sociales de santé"⁹. Il n'est pas question ici de reprendre tous les

⁸ Jacques VALLIN (1993), op.cit.

⁹ Ce thème a été repris dans de récents rapports : Robert ROCHEFORT et Christine MEYER, Les inégalités sociales de santé, Rapport de l'Atelier n° 2, in Raymond SOUBIE, *Santé 2010. Equité et efficacité du système*, Travaux d'Ateliers du Groupe "Prospective du système de santé", Paris, Commissariat Général du Plan et La Documentation Française, 1993 ; Groupe 7, Les déterminants de la santé et de la maladie, in Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France. Annexe : travaux des groupes thématiques*, Paris, La documentation française, 1994.

Ces rapports doivent beaucoup aux travaux de démographes, économistes et sociologues de l'INSEE, de l'INED et de l'INSERM : nous citons seulement quelques-uns des ouvrages et articles les plus récents (nous nous bornons ici à faire référence à la seule littérature française sur le sujet, bien qu'il existe une importante littérature anglaise sur ce thème (cf. ci-dessous P. AIACH et alii) ainsi que scandinave).

P. SURAULT, *L'inégalité devant la mort*, Paris, Economica, 1979.

Guy DESPLANQUES, *La mortalité des adultes. Résultats de 2 études longitudinales (période 1955-1980)*, Paris, Les Collections de l'INSEE, D 102, 1985.

Pierre AIACH (et alii), *Les inégalités de santé en France et en Grande-Bretagne*, Paris, Ed. de l'INSERM et la Documentation française, 1988.

Regards sur les inégalités sociales de santé, *Agora*, n° 13, 1990.

Pierre AIACH, Dominique CEBE, Les inégalités sociales de santé, *La Recherche*, Vol. 21, n° 261, 1994.

aspects de la littérature sur le sujet : soulignons quelques-uns de ceux qui comptent parmi les plus exemplaires.

L'analyse des courbes de mortalité par âge (cf. ci-dessus) donne à voir que la mortalité adulte prend un caractère spécifique à 45-54 ans, chez les hommes. Retenons ce groupe d'âge pour comparer les quotients de mortalité selon les CSP d'après l'état-civil¹⁰. Au cours de la période 1956-60, les quotients de mortalité masculine suivent nettement la pyramide sociale : on va de 5,4 ‰ pour les cadres supérieurs et les professions libérales à 10,8 ‰ pour les manœuvres en passant par 5,6 ‰ pour les instituteurs et personnels médicaux, - 5,7 ‰ pour les cadres moyens et les techniciens, - 7,3 ‰ pour les agriculteurs, - 8,7 ‰ pour les contremaîtres et les ouvriers qualifiés, - 8,8 ‰ pour les artisans et les commerçants, - 9,1 ‰ pour les ouvriers spécialisés, - et 10,3 ‰ pour les employés de bureau.

Dix ans plus tard, le quotient de mortalité a baissé au sein de toutes les catégories sociales, et pourtant les écarts demeurent, même si quelques changements s'opèrent au bas de la pyramide sociale : artisans et commerçants ont un meilleur quotient que les contremaîtres et ouvriers qualifiés et les employés prennent la queue du peloton à la place des manœuvres. Mais est-ce que de tels changements ne sont pas liés au mode même de caractérisation sociale ? Les déclarants du décès à l'état-civil peuvent "anoblir" la dernière profession du défunt au moment de son enregistrement : la catégorie d'employé, très floue, devient un lieu sensible de transfert.

Surtout, le croisement de la mortalité avec les CSP à partir de l'état-civil présente l'inconvénient d'une non-concordance des données puisque l'on rapporte les effectifs de décès enregistrés selon la dernière profession déclarée aux effectifs de même catégorie obtenus lors du dernier recensement : ainsi un ouvrier recensé comme tel peut être déclaré employé au moment de la déclaration de décès. La concaténation de deux sources de données différentes a été souvent "dénoncée" en tant que "biais du rapport "numérateur/dénominateur". C'est pour pallier cet inconvénient qu'on a procédé à des enquêtes longitudinales¹¹.

Contrairement aux statistiques obtenues par l'état-civil dont on a fait état ci-dessus, les écarts de mortalité pour les hommes, en France, mesurés selon l'approche longitudinale, restent relativement "constants" au cours des dernières décennies :

"Dans l'ensemble, la hiérarchie des catégories a très peu changé au cours des deux dernières décennies passées : cadres supérieurs, professions libérales et instituteurs étaient et restent les mieux protégés. Manœuvres, salariés agricoles et ouvriers

¹⁰ Claude LEVY et JACQUES VALLIN, La mortalité par catégorie socio-professionnelle. Un essai de calcul direct, *Population*, 36ème année, n° 4-5, 1981.

¹¹ L'impulsion a été donnée en France par FEBVAY et AUBENQUE à la fin des années 50. Les premiers résultats sont présentés par G. CALOT et M. FEBVAY (assisté de Q. CH. DING), La mortalité différentielle suivant le milieu social. Présentation d'une méthode expérimentée en France sur la période 1955-1960, *Etudes et conjonctures*, n° 11, 1965. Mais la réflexion méthodologique fait apparaître que l'approche longitudinale extensive adoptée présente d'autres inconvénients : elle fige, en particulier, les personnes suivies dans la CSP qui a été codifiée lors du recensement de 1954 ou de 1975, ce qui fait l'économie aussi bien de la mobilité antérieure que postérieure au recensement. Cf. Dominique MERLLIÉ, Une nomenclature et sa mise en œuvre : les statistiques sur l'origine sociale des étudiants, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 50, 1983, note 49.

spécialisés sont toujours les groupes les plus exposés et ce sont aussi ceux dont la mortalité a le moins baissé. Toutefois les contremaîtres ont à présent une mortalité un peu plus faible que les techniciens et les cadres moyens. De même les cadres supérieurs et les professions libérales ont aujourd'hui une plus grande longévité que les instituteurs ; c'était le contraire il y a vingt ans¹²."

Les mêmes enquêtes longitudinales montrent que les différences de mortalité des femmes selon les CSP sont nettement plus faibles que chez les hommes. Par exemple, pour 1975, Guy Desplanques montre que le rapport entre probabilité de décès d'une femme de service et celle d'une employée était de 1,5 et que le rapport entre probabilité de décès d'un manœuvre et celui d'un professeur était de 3,6.

Si l'on rapproche ce type d'écarts des causes de décès, on s'aperçoit qu'un certain nombre de pathologies fonctionnent comme de véritables marqueurs sociaux. Pour les hommes de 25-64 ans, en 1989-1991, les pathologies les plus 'marquantes', par ordre décroissant, sont les tumeurs (en particulier du poumon et des voies aérodigestives supérieures), l'alcoolisme, les accidents de la circulation, les cardiopathies, les suicides et le sida : ces pathologies atteignent davantage les catégories du bas de la pyramide sociale, sauf le sida qui touche le plus les cadres supérieurs et les professions libérales. Chez les femmes ces disparités sont encore une fois très atténuées, sauf en mortalité par alcoolisme (son taux est de six fois supérieur pour le regroupement ouvrières-employées).

Les effets des milieux sociaux sont tout aussi repérables sur la mortalité infantile¹³. Quatre groupes de catégories socio-professionnelles se hiérarchisent à cet égard. Le haut de la hiérarchie est occupée par les professions libérales et les cadres : si l'on prend 100 comme niveau de mortalité des enfants légitimes, ce groupe a un indice égal à 84 pour les générations 1976-1983. Le second groupe comprend les patrons de l'industrie et du commerce, les agriculteurs exploitants, les employés, les contremaîtres et ouvriers qualifiés : leur indice approche 90. Notons que dans ce sous-ensemble les niveaux de revenus sont très hétérogènes : est-ce à dire que le revenu n'est pas déterminant ? On peut au moins avancer la vraisemblance de l'interprétation au regard de la relative homogénéité culturelle du premier groupe (en tout cas par rapport au critère du baccalauréat). Le troisième groupe agrège salariés agricoles et ouvriers spécialisés : leur indice s'établit à 115. Enfin la dernière place revient aux manœuvres et aux mineurs dont l'indice est proche de celui des enfants nés hors mariage, soit 140. Si l'on compare ces résultats (générations 1976-1983) avec ceux obtenus par la génération de 1956, on constate que les écarts se maintiennent, même si la dispersion des taux selon les catégories se resserrent.

Chacun sait que la très grande majorité des étrangers vivant en France s'insère dans la partie du marché de l'emploi "la plus pénible" ; en outre nombreux sont ceux qui viennent de pays où la mortalité est élevée : autant de raisons pour supposer que leur mortalité dans le pays d'accueil va être

¹² Guy DESPLANQUES, L'inégalité devant la mort, *Economie et statistique*, n° 162, 1984.

¹³ DINH QANG CHI, Le relief social de la mortalité infantile, *Données sociales*, Paris, INSEE, 1990.

supérieure à celle des autochtones. Or les résultats obtenus à partir du recensement de 1975 démentent une telle hypothèse :

“Après 30 ans, les étrangers meurent moins vite que les français et un peu plus avant, ce qui leur donne une espérance de vie à la naissance un peu plus élevée (70,12 ans contre 69,66 ans pour les Français...). Les femmes étrangères meurent un peu moins que les françaises seulement entre 30 et 50 ans et même à ces âges la sous-mortalité est moins nette que pour les hommes¹⁴. ”

Le phénomène est-il réductible aux effets de la méconnaissance de l’immigration clandestine ? En tout cas il est remarquable d’observer des tendances similaires en Angleterre et au Pays de Galles à peu près à la même période¹⁵.

Par contre, malgré le peu de données disponibles, on estime que, à âge égal, la mortalité des bénéficiaires du RMI est deux à trois fois plus forte que celle de la population générale. Leur morbidité (évaluée à partir d’une douzaine de structures de soins) fait apparaître que la pathologie mentale, la pathologie respiratoire et les pathologies cutanées sont deux à trois fois plus représentées¹⁶.

Parce que les populations ne vivent pas dans le même environnement socio-économique (ce qui entraîne, entre autres conséquences, une inégale distribution des “installations” de soins¹⁷), on peut supposer que la mortalité se différencie selon les zones de résidence. En France, en 1990, la mortalité permet d’opposer très grossièrement le nord et le sud. Plus précisément, la mortalité la plus forte suit un arc de cercle, de la Bretagne à l’Alsace-Lorraine en suivant la bordure nord du territoire, auquel il faut ajouter l’Auvergne (avec le poids particulier du Puy de Dôme). Au sud de cette zone, les régions de moindre mortalité se répartissent au centre-ouest et surtout dans le sud-est et le sud-ouest. La mortalité masculine accentue encore le contraste tandis que, pour les femmes, les régions de surmortalité sont moins nombreuses : Bretagne, Picardie et Alsace-Lorraine. On observe les taux les plus faibles en Midi-Pyrénées pour les hommes et en Poitou-Charentes pour les femmes¹⁸.

... et de morbidité.

Si les disparités sociales de mortalité sont bien l’expression des disparités sociales de santé, c’est non seulement parce que l’on suppose que la mortalité constitue une synthèse de l’histoire sanitaire des individus : c’est aussi parce que l’on peut établir que la morbidité est “sociale”. Dans les

¹⁴ Michèle BRAHIMI, La mortalité des étrangers en France, *Population*, 35^{ème} année, n° 3, 1980.

¹⁵ M.G. MARMOT, A.M. ADELSTEIN and L. BULUSU, *Immigrant mortality in England and Wales, 1970-78. Studies on medical and population subjects*, London, OPCS, HMSO, Vol. 47, 1984.

¹⁶ F. SCHAETZEL, O. QUEROUIL, *Etat de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse de données existantes*, Paris, DIRMI, 1991.

¹⁷ On peut trouver la description de quelques aspects de la distribution géographique de l’offre de soins dans les textes des communications au colloque *Géographie et socio-économie de la santé*, Paris, 23-26 janvier 1989, Paris, CREDES, 1989. Voir aussi BUI DANG HA DOAN, Les inégalités géographiques revisitées : la médicalisation du territoire (1964-1994), *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 34 (4), 1994.

¹⁸ Eliane MICHEL, Disparités régionales de la mortalité en France. Situation en 1990, *Solidarité Santé. Etudes statistiques*, n° 1, 1993.

travaux épidémiologiques, on retrouve le même type d'écart dans l'incidence des maladies létales que dans la mortalité sociale :

“Par exemple, aux Etats-Unis, le rapport de l'incidence du cancer du col de l'utérus entre le groupe le plus défavorisé et le groupe le plus favorisé est de 1,5 ; soit une valeur proche du rapport des mortalités respectives de ces groupes¹⁹. ”

Par contre, il est plus difficile de mettre en évidence des différences sociales pour les maladies non létales, même si elles peuvent provoquer des handicaps passagers ou permanents. Cela est dû, au moins en partie et pour ce type de maladies, aux difficultés pour faire la part entre ce qui relève de la pathologie et ce qui est lié aux techniques de collecte de l'information. Le CREDES a proposé, en 1980-1981, une tentative de solution à ce problème en construisant deux indices rassemblant des données sur l'état de santé des échantillons étudiés : l'indice de risque vital et celui d'invalidité.

“Les résultats obtenus depuis dix ans indiquent une hiérarchie sociale proche de celle observée dans l'enquête INSEE publiée en 1984 sur la mortalité sociale : la plus forte valeur du risque vital concerne les manœuvres hommes et femmes (...) et la plus faible les cadres supérieurs hommes et femmes, et les agriculteurs. La différence avec la mortalité sociale est cette place très favorable des agriculteurs (...) Paradoxalement, les écarts entre catégories socio-professionnelles du deuxième indicateur de santé proposé (...), l'invalidité, sont plus proches en valeur de ceux qui concernent la mortalité (...) Au fond on peut se demander si cet indicateur d'invalidité n'est pas aussi un indice du vieillissement et de l'usure de l'organisme, indice dont les différences se rapprochent de celles observées face à la mort²⁰. ”

Morbidité et mortalité socialement différenciées ne peuvent pas s'expliquer par la différence dans l'utilisation des services de soins, même si l'on peut remarquer une légère sous-consommation médicale liée à une moindre couverture assurancielle, le plus souvent le fait des chômeurs et des groupes les plus défavorisés²¹. Mais peut-on assigner ces disparités de santé à l'ordre social mis en place par les démocraties ? La réponse à cette question constitue un enjeu crucial.

Rendre intelligibles les disparités sociales de santé :

1. L'hypothèse de la sélection sociale par la santé.

Bien que l'explication des inégalités se soit déplacée, depuis la philosophie des Lumières, du pôle naturel au pôle social, le fait de la transmission génétique de faiblesses, de fragilités ou d'anormalités est parfois invoqué pour rendre compte de la hiérarchisation sociale des états de santé. Plus généralement, comme l'inégalité sociale face à la mort et à la maladie s'exprime à travers le corps, il va de soi pour beaucoup que chacun “est à la même enseigne” puisque personne n'est à l'abri de la maladie et de la mort. Une telle position soulève la question de l'interprétation des corrélations statistiques établies entre les différents indicateurs ou indices de position dans

¹⁹ Pierre AIACH, Dominique CEBE (1994), op.cit.

²⁰ Pierre AIACH, Dominique CEBE (1994), op.cit.

²¹ Pierre MORMICHE, Les disparités de recours aux soins en 1991, *Economie et statistique*, n° 265-5, 1993 ; A. BOCOgnANO, N. GRANDFILS, Ph. LE FUR, An. MIZRAHI, Ar. MIZRAHI, *Santé, soins et protection sociale en 1992*, Paris, CREDES, Biblio n° 982, 1993.

l'espace social et les indicateurs ou indices d'état de santé : lesquels sont les antécédents des autres ? dans quel sens opère la relation de causalité (sous la forme probabiliste d'implication faible) ?

L'hypothèse d'une sélection sociale par la santé revient, sous sa forme la plus radicale, à faire basculer toute théorie de la société sous la coupe du darwinisme social et de ses dérivés : la structure sociale, dans cette perspective, résulte de la répartition des individus selon leurs attributs innés (dont la santé), et la sociologie n'est plus qu'une branche de la biologie. On retrouve là une argumentation qui a été au fondement des idéologies racistes. Or, qu'il y ait des limites et des contraintes biologiques à l'état présent et au devenir des hommes ne fait pas de doute pour les spécialistes, mais ce "cadrage" génétique et physiologique laisse ouverte quantité de possibilités dont le choix dépend d'orientations culturelles indépendantes des lois de la biologie.

Si cette objection est cohérente au regard des argumentations de la plupart des biologistes et des travaux des sciences sociales, elle reste théorique. A ce titre, on comprend que les auteurs du "rapport Black²²", au Royaume-Uni, aient cherché à infirmer empiriquement l'hypothèse de la sélection par la santé. Faute de données bien adaptées à leur démonstration, ils ont examiné les gradients par classes sociales pour les principales causes de mortalité à différentes étapes des trajectoires biographiques (en découpant la variable de l'âge en classes de dix ans). A l'exception des cancers, les gradients les plus accusés concernaient le début de la vie adulte, alors que ceux qui étaient les moins profonds se situaient dans la décennie suivant la retraite. Si la sélection par la santé avait une influence déterminante, elle devrait avoir un effet maximum à la fin de la vie de travail : des ennuis de santé de plus en plus importants devraient provoquer de multiples translations vers le bas de la pyramide sociale au point que l'on devrait observer, après la retraite, les taux les plus forts dans les classes défavorisées et les taux les plus faibles dans les classes privilégiées. Les résultats contredisent un tel raisonnement.

Le démenti à cette version radicale de sélection par la santé n'a pas empêché la reprise d'une formulation plus culturaliste, exprimée par le sociologue britannique Stern à partir de la théorie du "capital humain". L'idée centrale est que le capital génétique joue un certain rôle mais qu'il est canalisé et façonné par l'éducation : le "capital santé" hérité n'a plus l'effet direct supposé par la version radicale ; son existence contribue seulement à fixer les limites de l'impact de la formation éducative qui, à son tour, exerce son effet sur le positionnement social. Il s'agit bien d'une contribution parce que d'autres aspects, tels que les revenus de la famille, son logement, son projet éducatif implicite ou explicite, etc. jouent aussi un rôle dans cet aboutissement : la formulation culturelle de l'hypothèse d'une sélection sociale par la santé ouvre la voie à un réexamen des conclusions du "Rapport Black".

²² Department of health and social security, *Inequalities in health* (The Black Report), London, HMSO, 1980.

La démonstration opérée dans ce rapport repose sur la seule mobilité intragénérationnelle. A reconsidérer les données examinées du point de vue de la mobilité intergénérationnelle, on aboutit à d'autres conclusions : si l'influence majeure de la sélection par la santé s'opère dans la période comprise entre l'entrée sur le marché du travail et la mise à la retraite, c'est précisément autour du début de la vie adulte qu'on doit observer les gradients entre les classes les plus prononcés. En effet c'est le moment où la socialisation familiale et scolaire aura à la fois tiré parti du capital de santé hérité et produit le plus d'effets dans la "mise en forme sanitaire" des individus, de sorte que c'est la période où le creusement de l'écart entre la classe sociale de leurs parents et celle où ils prennent position au début de la vie adulte devrait le plus nettement se manifester.

Or n'est-ce pas justement au début de la vie adulte que les auteurs du "Rapport Black" établissaient les gradients de mortalité les plus profonds entre les classes sociales ? Le constat a beau être troublant, il n'est pas possible de tenir pour acquise la nouvelle formulation de l'hypothèse de la sélection sociale par la santé tant que l'on ne dispose pas de données incluant des informations sur l'origine sociale et la classe sociale d'aboutissement.

Pourtant des travaux pionniers, à la fin des années cinquante et au début des années soixante, vont dans le sens de la confirmation de cet effet de mobilité intergénérationnelle lié à la santé : leur limite vient de ce qu'ils procèdent à partir d'échantillons "locaux". Ainsi, Raymond Illsley faisait la preuve d'une triple corrélation : plus les femmes étaient grandes, plus elles avaient des chances d'avoir une mobilité sociale ascendante (hypergamie fondée sur la comparaison de la classe sociale du père et du mari), et plus ce qui advenait au moment de leur maternité était favorable (en termes de prématurité et de mortalité périnatale) ; inversement, plus les femmes étaient petites, plus la probabilité était forte qu'elles fassent un mariage en mobilité descendante (hypogamie) et que le déroulement de leur maternité soit défavorable²³.

D'autres travaux britanniques, plus "généralistes", permettent de montrer la pertinence et la force de l'hypothèse culturaliste de la sélection sociale de la santé en matière de mobilité intergénérationnelle ; inversement, elle s'avère peu probante pour la mobilité intragénérationnelle²⁴. Selon une perspective strictement positiviste et déterministe, ces exceptions suffisent à disqualifier toute prétention de cette hypothèse à la pertinence scientifique. Mais les phénomènes et processus de différenciation sociale en matière de santé peuvent-ils être intelligibles à partir d'un seul modèle universel passe-partout ? S'il est erroné de prétendre expliquer la stratification sociale par les seuls effets de la sélection par la santé, une telle hypothèse peut être utile pour rendre compte de certaines situations dans des contextes déterminés : il existe bien une utilisation sociale du "capital santé" hérité selon diverses finalités sociales. Ainsi,

²³ On trouvera quelques échos de ce débat en Grande-Bretagne dans : Patrick WEST, Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities, *Social Science and Medicine*, Vol. 32, n° 4, 1991.

²⁴ David BLANE, George D. SMITH and Mel BARTLEY, Social selection : what does it contribute to social class differences in health ? *Sociology of Health and Illness*, Vol. 15, n° 1, 1993.

“parmi les ouvriers de 40 à 64 ans, ceux qui sont soumis aux conditions de travail les plus pénibles ont globalement moins de problèmes de santé que l’ensemble des hommes du même âge. Ce paradoxe s’explique. (...) Il y a dans l’attribution des postes de travail pénibles une véritable sélection par la santé. Ce sont au départ les plus résistants qui se voient confier ces tâches et s’ils s’y maintiennent, c’est parce que leur santé le leur permet²⁵. ”

Mais l’utilisation sociale du “capital santé” n’exclut pas qu’il existe aussi une production sociale de la santé : “capital” flexible, la santé est façonnée par des processus sociaux ; au cœur de la vie sociétale, elle est produite en même temps que productrice, malléable et résistante, origine et terme de mécanismes interactifs. Dès lors les phénomènes de santé n’échappent pas aux problèmes de la gestion et de la régulation auxquels sont confrontées par ailleurs les sociétés démocratiques : les disparités de santé constituent des inégalités sociales qui sont, en tant que telles, des enjeux de santé publique.

2. L’hypothèse d’un effet d’agrégation des conduites liées à la santé.

Encore faut-il, pour les résorber, en rendre intelligibles les processus sous-jacents. Faute de s’être intéressé à cette question (l’établissement par l’INSEE, l’INSERM, l’INED, etc. d’une mortalité et d’une morbidité sociales, quoique déjà extrêmement importante, ne dit rien des processus et mécanismes dont elles sont la conséquence), on a longtemps cru que l’extension de la médicalisation constituait l’unique solution. Cela s’est traduit d’abord par une politique de protection sociale (dont l’ordonnance du 4 octobre 1945 constitue, en France, la clé de voûte) qui vise à assurer une égale possibilité de recours aux soins quelles que soient les ressources. L’effort démocratique s’est poursuivi ensuite dans la recherche d’une plus grande égalité d’accès aux moyens de soins (personnels soignants et équipements) quelle que soit la zone géographique.

Le contexte d’expansion scientifique, technique et économique de l’après-guerre a fait naître et a entretenu une extraordinaire espérance dans la médecine. A la fin des années soixante, Herman Khan et Anthony Wiener imaginaient, dans leur exercice de prospective, que les maladies seraient éradiquées à l’aube du prochain millénaire²⁶. La “résistance” des maladies dégénératives et l’apparition du Sida ont mis à mal ce triomphalisme. C’est que la prévoyance n’est pas seulement affaire d’avancées scientifiques, de solvabilité des patients et d’accès aux soins : elle intègre aussi un projet de prévention et de promotion de la santé, qu’Alexandre Parodi exprimait, au moment de la promulgation de la Sécurité sociale, comme lutte contre “les facteurs d’insécurité”.

Or l’essentiel de l’activité de la médecine libérale et hospitalière est consacrée aux soins biomédicaux, curatifs : selon les estimations (et quelles que soient par ailleurs les critiques qui leur ont été adressées), 90 à 97 % du

²⁵ Jacqueline BOURGET-DEVOUASSOUX et Serge VOLKOFF, Bilans de santé de carrières d’ouvriers, *Economie et statistique*, n° 242, 1991.

²⁶ Herman KHAN et Anthony WIENER, *L’An 2000 : lignes de conjectures sur les trente-trois prochaines années*, Paris, Ed. Robert Laffont, 1967.

budget de la santé en France leur est consacré²⁷. Autrement dit, prévention et promotion de la santé restent la parente pauvre dans le système de prévoyance collective. Si le système de protection sociale a largement réussi à ouvrir à tous la possibilité d'avoir recours à la médecine, le contexte des Trente Glorieuses l'a constitué en piège : il a laissé croire que l'extension de la médicalisation est la forme achevée de promotion de la santé publique, alors que sa mise en œuvre intervient largement quand la santé se dérobe.

“Trente ans après l'instauration de la Sécurité sociale en France, ou du plan Beveridge en Angleterre, le moins qu'on puisse dire est que l'inégalité sociale devant la mort n'a pas reculé. C'est sans doute l'échec le plus cuisant des politiques de santé si l'on met en regard l'effort colossal de redistribution entrepris²⁸. ”

Bien sûr, l'échec est relatif : l'amélioration moyenne de la santé est incontestable. Mais la persistance des inégalités (le débat entre experts au sujet de leur augmentation ou diminution relative n'est pas tranché) invite à changer de posture et de regard. L'enjeu est de déterminer en amont ce qui contribue à la détérioration ou à l'amélioration de la santé pour définir de nouvelles actions publiques qui s'articulent avec les précédentes.

Pour expliquer les inégalités de santé, une hypothèse souvent mise en avant consiste à les mettre en relation avec des “comportements liés à la santé”. Même si la frontière entre les actions qui contribuent au développement, au maintien ou à la restauration de la santé et celles qui sont censées être sans rapport avec elle, est difficile à tracer, on accepte de ranger dans la première classe toutes les actions dont on a pu montrer empiriquement que leur variation a un lien statistique avec la détérioration ou l'amélioration de la santé : il s'agit, pour l'essentiel, de formes de consommation d'alcool, de tabac ou de drogues, de modes de consommation alimentaire, de types de conduites à risques de véhicules automobiles à deux ou quatre roues, de sédentarité ou d'activité physique, de types d'activités professionnelles, exposées, dangereuses ou faisant l'objet de multiples préventions, et enfin de types de mœurs sexuelles appelant la prévention du risque sida.

Rappelons succinctement quelques données pour prendre la mesure de la force de cette hypothèse. En 1986, un sixième de l'ensemble des décès serait dû, en France, à la consommation d'alcool et de tabac, mais à 35-64 ans c'est un décès sur cinq qui est provoqué par l'alcool et autant par le tabac : une telle association perdure sur les quarantes dernières années (avec des variations)²⁹. Si un certain nombre de maladies de l'appareil circulatoire sont associées à la tabagie, la plupart d'entre elles sont davantage encore liées au mode d'alimentation : on a établi un lien statistique entre la consommation importante de sel, l'hypertension et les maladies cérébro-vasculaires ; on sait que les cardiopathies et l'athérosclérose sont fortement influencées par l'abus de graisses animales ; il existe une corrélation entre

²⁷ Alexandre VATIMBELLA, *Santé et économie*, Paris, Ed. Syros, 1993 ; Jean-Pierre DESCHAMPS, *Médecine préventive et promotion de la santé*, in Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette (1992), op.cit.

²⁸ Jacques VALLIN, *Politiques de santé et mortalité dans les pays industrialisés*, *Espace Population Société*, n° III, 1984.

²⁹ Alfred NIZARD et Francisco MUNOZ-PEREZ, *Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950*, *Population*, 48ème année, n° 3 et n° 4, 1993.

une alimentation qui comporte une forte proportion de pommes de terre, de matières grasses animales et de bière, - et le cancer du colon, etc.³⁰ En 1990, avec plus de 160 000 accidents corporels, on a 6,3 tués pour 100 accidents et, parmi les 100 000 handicapés, plus d'un sur dix a une incapacité permanente de 50 % et plus : les accidents de la circulation sont la première cause de mortalité des 15-24 ans³¹. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie dénombre les accidents du travail qui donnent lieu à un arrêt du travail d'au moins un jour ('accidents avec arrêt'). Bien que cela entraîne forcément une sous-estimation, on obtient, en 1980, 971 000 accidents du travail, dont 1 500 ont entraînés le décès de la victime et dont plus d'un sur dix est d'une extrême gravité³².

Dans la ligne de l'étiologie classique, ces associations statistiques sont interprétés, dans la logique de l'implication faible, comme "facteurs de risques". Mais elles peuvent tout aussi bien être interprétées dans la perspective du modèle de "l'homme rationnel" : les résultats observés sont des effets de composition ou des effets contre-intuitifs d'un ensemble d'actions individuelles qui ont leur rationalité propre. Fumer ou boire de l'alcool est une activité rationnelle par rapport à la finalité de convivialité ou de plaisir immédiat ; conserver un poste de travail exposé et dangereux est un choix rationnel au regard du risque de chômage ; prendre sa voiture, au lieu de moyens de transport public, pour se rendre sur son lieu de travail est justifié au regard du temps de transport économisé qui peut être consacré à la détente et au repos, indispensable à la restauration de l'équilibre...

Si chacune de ces rationalités est ambiguë parce que d'autres finalités, tout aussi rationnelles, peuvent lui être substituées, le modèle de l'homme rationnel ne manque pas de pertinence pour rendre intelligible la crise des systèmes de santé occidentaux. Parce que le système de protection sociale s'est étendu et que les professions soignantes ont affiché une efficacité de plus en plus grande, il est tout à fait rationnel que les acteurs y recourent en plus grand nombre et plus souvent. Mais le nombre de ceux qui sont traités est plus grand que le nombre de ceux qui guérissent de sorte que les dépenses augmentent fortement sans que l'efficacité suive la même pente (au regard du critère affiché : la guérison), et que la frustration des individus s'accroît (défiance et critique à l'égard d'une médecine "fanfaronne" et dépensière). Avec un système plus rigide et dont le degré d'efficience est plus rigoureusement apprécié, l'acteur rationnel aura moins ou peu recours aux traitements incertains de sorte que le nombre de perdants (en termes de guérisons) sera moins élevé et la dépense globale diminuée.

"Ainsi le taux de frustration globale n'est pas nécessairement décroissant avec la diffusion des espoirs de [guérison] : l'augmentation des chances offertes peut

³⁰ France MESLÉ et Jacques VALLIN, Les composantes de la mortalité cardio-vasculaire en France depuis 1925 : résultats d'une reconstitution historique, *Population*, 43ème année, n° 2, 1988.

France MESLÉ, Cancer et alimentation : le cas des cancers de l'intestin et du rectum, *Population*, 38ème année, n° 4-5, 1983.

³¹ Jean-René CARRÉ (et alii), Les usagers de la route : une exposition au risque inégale, *Données sociales*, INSEE, 1993.

³² Anne-Françoise MOLINIÉ et Serge VOLKOFF, Les accidents de travail, *Données sociales*, INSEE, 1984.

provoquer une augmentation plus importante des espérances des acteurs et leurs [recours] et donc accroître le nombre des espoirs déçus³³. ”

Il reste que le modèle de l’homme rationnel, même élargi au-delà de l’utilitarisme, repose sur une psychologie de convention : le chercheur reconstitue les motifs des acteurs à des fins d’analyse, au risque de rester prisonnier de son propre ethnocentrisme ou sociocentrisme. On peut saisir la portée de ce piège lorsque, au nom d’un tel modèle, on en appelle à une “protection sociale” personnalisée :

“Je crois que l’idée d’un “droit” à la santé devrait être remplacé par celle d’une obligation morale à préserver sa propre santé. L’individu a alors le “droit” d’attendre une aide sous forme d’information, d’accès à des services de bonne qualité et de réduction de toutes espèces de barrières financières³⁴. ”

Dans une lettre à la revue en réponse à cet éditorial, le sociologue Anselm Strauss fait remarquer que bien souvent les maladies chroniques frappent les plus âgés et les plus pauvres, et que certains symptômes liés à ces maladies peuvent être exacerbés par de mauvaises conditions de vie. Une société démocratique peut-elle afficher sa non-responsabilité à leur égard ? L’idéal d’égalité et de fraternité ne concernerait-elle pas la santé, alors qu’on a montré que l’hypothèse radicale de sélection par la santé était fausse ? Des appels de ce type à ‘l’individualisme’, en insistant sur la responsabilité individuelle (on blâme la victime) et l’action individuelle (on finit par lui prêcher le *self help*), font l’économie de la responsabilité collective et donc de la solidarité collective.

Parce qu’un tel piège existe et qu’il produit le type d’effet que l’on vient de voir, il ne s’agit pas de récuser totalement cette ligne interprétative qui a l’avantage de penser les problèmes de santé en termes d’acteur et d’action. Encore faut-il se donner les moyens de comprendre le ‘sens visé’ par les acteurs quand ils accomplissent leurs actions, au lieu de le reconstruire a priori et par convention : cela suppose de passer du modèle de l’homme rationnel au modèle de l’acteur sensé³⁵.

Ainsi, s’il est indéniable que certains postes de travail exposent leur occupant à des contraintes ou des produits dangereux, nuisibles pour la santé, il est extrêmement important d’être attentif aux interactions qui se produisent sur le lieu de travail, aussi bien entre subordonnés et supérieurs hiérarchiques qu’entre collègues. Ce sont ces interactions qui donnent son véritable sens à toute prétention à la maladie : s’agit-il d’une “vraie maladie”, d’un “petit bobo” et même ne dit-on pas très sérieusement que tel individu n’est “malade qu’à moitié” ? Accords et conflits sur la justesse de la prétention à être malade dépendent de l’appréciation de l’état corporel sur deux axes distincts : la visibilité de la maladie et ses conséquences sur la poursuite du travail. Selon le premier axe, l’individu “malade” emporte l’assentiment des autres dans la mesure où il présente des signes peu

³³ Philippe BENETON, Les frustrations de l’égalité. Contribution aux recherches sur la relativité des aspirations et sur la perception des inégalités, *Archives européennes de sociologie*, Vol. XIX, n° 1, 1978. L’auteur reprend dans ce passage un article de Raymond BOUDON, La logique de la frustration relative, *Archives européennes de sociologie*, XVIII, 1977, pp. 3-26. Dans les crochets, nous avons substitué des termes plus appropriés aux termes originaux plus génériques.

³⁴ John H. KNOWLES, Responsibility for Health (Editorial), *Science*, Vol. 198, n° 4322, 1977 (notre traduction).

³⁵ Patrick PHARO, *Le sens de l’action et la compréhension d’autrui*, Paris, Ed. L’Harmattan, 1993.

ambigus (extinction de voix, démarche harassée, plaie importante...) ; selon le second, collègues et supérieurs déterminent si la nature de la “maladie” qui leur est “offerte” rend la poursuite du travail impossible.

Ces deux axes se modulent en fonction des conditions de travail, en particulier de son mode de contrôle. Dans tous les cas, le certificat médical n'est pas la garantie totale que la théorie fonctionnaliste du rôle de malade avait “absolutisé” : il fait partie de ces éléments de visibilité que les acteurs interprètent pour le qualifier de véritable ou de complaisant. Si le prétendant à la maladie est soupçonné d'utiliser l'argument comme prétexte à l'absentéisme, il se trouve en position de conflit : l'entraide de ses collègues se fera rare et ses supérieurs peuvent exercer à son égard toutes sortes de sanctions indirectes (retarder ou annuler une promotion, par exemple). Ce type de pression sociale, on le voit, peut conduire à ne pas recourir au médecin : l'enjeu est moins alors la réalité biologique de la maladie que l'usage social de la maladie au sein des relations de travail afin de conserver une position morale qui ne soit pas défavorable, - et ce, au risque d'une dégradation de la santé³⁶. Certaines formes d'utilisation (en l'occurrence de non-utilisation) de la maladie deviennent productrices de pathologies peut-être plus graves à moyen terme...

3. Situer les pratiques liées à la santé dans le contexte structurel de leur accomplissement.

Dès lors que les actions, leurs intentions et leurs significations produisent un ordre social relativement stable, on peut considérer que ces récurrences sont issues de processus d'institutionnalisation : l'interprétation des actions est insuffisante si elle ne tient pas compte des éléments de leur contexte, de leurs conditions structurelles. Ce qu'il importe, à ce point, de saisir, c'est que ces contextes structurels sont éminemment localisés :

“du point de vue de la mortalité à 35 ans, être cadre supérieur dans les pays de Loire n'est pas plus enviable que d'être manœuvre dans le Languedoc et, pour la mortalité à 55 ans, être cadre dans le Nord est équivalent à être ouvrier spécialisé dans ce même Languedoc³⁷. ”

De la même façon, on peut ‘isoler’ de façon tout-à-fait remarquable des villes et des régions où les cancers des voies respiratoires sont responsables d'une surmortalité : au-dessus d'une ligne Le Havre-Orléans- Mulhouse, on avait, en 1968-1971, toutes les grandes agglomérations d'Alsace et de Lorraine, de la Champagne et des Ardennes, la plupart des villes du Nord et de la proche banlieue de Paris ; étaient également soumises à ce type de surmortalité, la région lyonnaise et les Alpes du Nord, les grands ports méditerranéens et le triangle Bordeaux-Tarbes-Agen. Or, le trait commun à ces espaces est l'industrialisation : comparativement, les agglomérations tertiaires peu industrialisées bénéficiaient d'une relative immunité³⁸.

³⁶ Nous renvoyons sur ce point aux travaux de Nicolas DODIER : - La maladie et le lieu de travail, *Revue française de sociologie*, XXIV, n° 2, 1983 ; - Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail, *Revue française de sociologie*, XXVII, n° 4, 1986.

³⁷ Pierre AIACH, Dominique CEBE (1994), op.cit. Voir aussi Henri PICHERAL (1989), op.cit.

³⁸ Henri PICHERAL, Villes et cancers des voies respiratoires en France, *Bulletin de l'Association des Géographes Français*, n° 451, 1978.

Les effets de localisation liés à l'implantation et au développement de certaines activités technico-marchandes qui s'avèrent pathogènes, ne sont pas généralisables à toutes les pathologies, en particulier létales : l'habitat (être logé durablement ou pas) et les modes d'habiter (le stress et la violence lié au surpeuplement des logements et des 'cités'), tout comme les conditions et les styles de vie (les sous-cultures de sexe, de classe, de génération et d'ethnie), la sociabilité (insertion dans des réseaux de voisinage et/ou d'amitié, - dans des groupes et associations), les styles de relations familiales (dynamique des couples, relations parents/enfants, relations avec les ascendants) ont leurs propres effets de protection ou de détérioration de la santé. Une intelligibilité plurielle s'avère indispensable pour cerner au plus près la dynamique des processus et mécanismes sociétaux qui concourent à produire la santé des individus et des populations : cela suppose à la fois une analyse de biographies individuelles détaillées et l'étude des modèles culturels de la santé (en transformation) selon les sexes, les générations, les classes sociales et les groupes ethniques³⁹.

La gestion sociétale de la santé au défi des enjeux de santé publique.

Si de tels mécanismes sociaux façonnent la santé des individus et des populations et si, comme on l'a indiqué ci-dessus, il existe divers usages sociaux des états de santé (sélection, sauvegarde d'une position morale, etc.), n'est-il pas du ressort d'une société démocratique non seulement de compenser les conséquences délétères de ces mécanismes et processus sociaux, mais aussi de favoriser à divers niveaux toutes sortes d'interventions pour les transformer ? *Les enjeux de santé publique sont irréductibles aux aspects de médicalisation et de prévention (même s'ils ne sont pas négligeables) : ils invitent à des actions publiques en amont des mécanismes et processus pathogènes, ceux-là mêmes qui sont les producteurs des "inégalités sociales de santé".* Tel est l'un des défis actuels de la gestion du système de santé.

"Le gouvernement français a (...) adopté en matière scolaire, la stratégie des «zones prioritaires» destinée à consacrer davantage de moyens là où se manifeste davantage l'échec scolaire. Ne conviendrait-il pas aussi en matière de santé de réorienter les ressources vers certains besoins prioritaires que tout le monde connaît ?⁴⁰"

Un rapport de 1992 pour le Bureau européen de l'OMS préconise des mesures globales pour que les pays atteignent les objectifs d'équité proposés en 1985 (réduire de 25 % en l'an 2 000 "les différences de santé entre pays et entre les groupes dans chacun des pays") : action publique en faveur des catégories les plus pauvres (réduction des écarts de revenus, réduction des risques de chômage pour les plus socialement défavorisés...) ; action publique visant l'amélioration des conditions de travail (non seulement les diverses

³⁹ On trouvera une analyse détaillée de ces mécanismes et processus sociaux qui façonnent la santé dans : Marcel DRULHE, *La division sociale de la santé. Santé publique, médecine et société*, Toulouse, Thèse pour l'habilitation à diriger les recherches, 1994, 469 p., bibliographie 25 p., schémas et tableaux.

⁴⁰ Jacques VALLIN (1984), op.cit.

formes d'exposition aux risques mais aussi les modes d'organisation des tâches, à l'atelier ou au bureau...) ; action publique pour l'amélioration des conditions de vie (quartiers déshérités et logements surpeuplés et /ou mal conditionnés par rapport à l'humidité ou au bruit...) ; actions publiques d'éducation sanitaire pour le changement de certains comportements liés à la santé (sous la condition d'intervenir sur le contexte qui favorise leur émergence et leur persistance)... Les auteurs de ce rapport insistent également sur la promotion de l'instruction : on a établi en effet que ce sont les plus instruits qui bénéficient le mieux des informations explicitant les risques en matière de santé et qui trouvent les ressources pour mettre en œuvre les mesures adéquates de prévention.

Ces propositions n'arrivent-elles pas au "mauvais moment", c'est-à-dire dans une période du cycle économique où la préoccupation des gouvernements est le 'contrôle' des dépenses de santé ? On peut faire l'hypothèse inverse : promouvoir le type d'actions publiques proposées par le Bureau européen de l'OMS constitue un investissement pour un avenir au sein duquel les strictes dépenses de santé (au sens de dépenses de soins et de prévention médicale) pourraient 'naturellement' diminuer.