

DRULHE (M.), Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat ? in LECLERC (A.), FASSIN (D.), GRANDJEAN (H.), KAMINSKI (M.), LANG (T.) (sous la dir.de) *Les inégalités sociales de santé*, Paris, INSERM et La découverte, 2000, pp.41-51.

1.3

FIN DE SIÈCLE ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN FRANCE : L'AMORCE D'UN DÉBAT ?

Marcel DRULHE

La Révolution de 1789, en France, a mis au fondement de l'organisation de la société l'égalité de conditions pour les individus et la démocratie. Mais la perspective des citoyens égaux en droit se heurte à des disparités de situations dont il convient d'apprécier si elles sont les conséquences inéluctables de processus naturels ou des effets de processus sociaux susceptibles d'être corrigés par des dispositifs de démocratisation. La santé relève-t-elle d'équilibres naturels que seuls les spécialistes de l'art médical peuvent favoriser au cas par cas ou bien ces "équilibres naturels" sont-ils généralisables à des groupes de populations qui partagent de semblables conditions d'existence ? Il apparaît que l'alternative est fausse et que la "nature" de la santé est à la fois organique et sociale. Les "caprices de la nature" en la matière peuvent être connus sous ces deux aspects et faire l'objet d'une double régulation : régulation thérapeutique d'organismes individuels affectés par des troubles, régulation sociale d'ensembles d'individus placés dans des contextes semblables et soumis aux mêmes aléas sanitaires (Fassin, 1996). Ainsi les disparités sociales de santé apparaissent comme relevant d'un enjeu politique : elles constituent des inégalités sociales de santé qui contreviennent à l'idéal démocratique.

Or, reconnaître que les différences sociales de santé constituent une composante de l'inégalité sociale, dont l'existence affecte la démocratie et interpelle le politique, ne préjuge pas de l'intervention de l'Etat : la régulation sociale de la santé a été longtemps laissée à "la prévoyance des individus" et à la "philanthropie" des plus chanceux d'entre eux. Cette intervention philanthropique "privée", en matière sanitaire, est apparue comme nécessaire parce qu'on a pris la mesure des inégalités sociales de santé à travers l'approche empirique des enquêtes sociales (Leclerc, 1979). Par ailleurs, de telles observations ont alimenté les courants de l'hygiénisme et de la médecine sociale qui se sont efforcés de promouvoir des politiques publiques, tant sur le plan national que local

(Pollet, 1995). La loi de santé publique du 15 février 1902 constitue l'un des premiers aboutissements d'efforts législatifs entrepris le siècle précédent : en particulier à travers la vaccination antivariolique obligatoire se trouve mise à la disposition de tous une forme de prévention. Ce modèle d'action politique de prévention générale va trouver de multiples formes d'application : par exemple, après la guerre de 1914-1918, l'accueil de la "mission Rockefeller" contribue à la mise en place de campagnes efficaces contre la tuberculose grâce à la coordination d'actions d'information, de dépistage et de prise en charge.

Les aspects les plus originaux de la prise en compte des inégalités de santé apparaissent, en France, au cours du XXème siècle : d'un côté, la nécessaire intervention de l'Etat pour protéger et promouvoir la santé des citoyens est moins contestée, même si c'est surtout à l'occasion de crises ou de changements de régime que s'opèrent les réformes les plus significatives ; d'autre part s'opère un glissement dans l'orientation des actions publiques : la priorité est à la mise en place de dispositifs permettant à chaque individu d'accéder aux soins médicaux, au détriment de mesures structurelles à portée prophylactique collective (Ramsey, 1994 ; Murard et Zylberman, 1996). Ainsi, avec le tournant de la Sécurité sociale (1945), le problème se pose en d'autres termes : un accès individuel aux soins plus égalitaire va-t-il enfin permettre de réduire les inégalités sociales de santé ?

En réalité cette sorte de questionnement est une reconstruction a posteriori : dans l'esprit du moment, offrir à chacun les progrès de la médecine fait considérer implicitement que cette démocratisation des soins rend caduque la question des inégalités sociales de santé. Mais pareille conviction n'est-elle pas simple croyance ? Suite au recensement de 1954, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), grâce au Dr Aubenque et à Febvay, met en place une enquête longitudinale sur la mortalité différentielle. Les premiers résultats arrivent en 1965 : en dépit des progrès médicaux et d'une plus large consommation de soins, les écarts sociaux de mortalité sont indubitables (Calot et Febvay, 1965). A 35 ans, par exemple, les manœuvres ont une mortalité trois fois et demi plus importante que les instituteurs et, entre ces deux extrêmes, on retrouve la hiérarchie des strates sociales (agriculteurs et patrons de l'industrie et du commerce se situant entre cadres moyens et employés). Ainsi, parce que les décès condensent l'histoire sanitaire d'une population et de ses groupes, les différences sociales de survie témoignent pour le moins de la persistance d'inégalités sociales de santé. Que fait-on de ces constats ?

On va montrer que des travaux de portée nationale et des monographies témoignent d'une élaboration scientifique progressive des inégalités sociales de santé, en France, au cours de la seconde moitié du XXème siècle. Ensuite on examinera la position des experts

et des décideurs face à ce problème : comment s'en saisissent-ils et comment envisagent-ils la réduction de ce type d'inégalités ? Leur faible prise en considération, en France, appelle compréhension : quels sont les éléments de notre histoire qui permettent de rendre intelligible cette tendance à leur invisibilisation sur le plan des politiques de santé publique ?

Les modes d'appréhension des inégalités sociales de santé et de leurs conséquences après la seconde guerre mondiale.

Si la hiérarchisation de la mortalité selon les catégories sociales, établie par l'INSEE, attire rapidement l'attention des chercheurs, la diffusion de la connaissance d'un tel phénomène en direction des décideurs et, plus largement, des citoyens est beaucoup plus lente : la fin du XXème siècle est révélatrice de ce que l'importance à accorder aux inégalités sociales de santé est un peu mieux reconnue ; elle manifeste aussi un déplacement de l'enjeu de leur prise en compte.

L'élaboration scientifique progressive des inégalités sociales de santé.

Les travaux de l'INSEE sont repris et mis en perspective au regard d'un ensemble de pratiques corporelles : la construction de l'apparence corporelle, la sexualité, l'alimentation, la pratique des sports (Boltanski, 1971). Les inégalités sociales de mortalité apparaissent alors comme l'aboutissement d'usages sociaux du corps très liés à une différenciation sociale de "cultures somatiques". Même si ces cultures ne sont pas fermées à la modernité, dont la médicalisation est un aspect, elles restent très marquées par la socialisation familiale d'un milieu social déterminé (Loux, 1974).

D'un autre point de vue, les premiers résultats de l'INSEE sont prolongés et approfondis par l'Institut National des Etudes Démographiques (INED), en particulier à travers ses travaux d'ajustement des causes médicales de décès que les révisions successives de la Classification internationale des maladies (CIM) rendent difficilement comparables, par des chercheurs des établissements publics de la recherche (P. Aiach, A. Chenu, P. Surault parmi d'autres : ils approfondissent en particulier certains aspects de la mortalité sociale différentielle) et par ce qui devient un centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Service d'information sur les causes médicales de décès (SC8-INSERM) dont la mission est de rassembler, de traiter et d'analyser les bulletins de décès. On retiendra ici les recherches qui s'attachent à des indicateurs globaux de santé, alors que diverses études épidémiologiques, en particulier centrées sur des pathologies particulières, prennent en compte les effets de la stratification sociale au titre de facteur de risque.

Quel est l'enjeu de ces travaux "généralistes" ? Il s'agit d'abord d'expliquer la mortalité différentielle. Dans un premier temps, le "réflexe étiologique" l'emporte et les recherches s'orientent vers ce qui précède les décès. Dès le début des années 1970, des chercheurs de l'INSERM s'efforcent de discerner les relations entre les problèmes de santé et les inégalités sociales à travers une enquête centrée sur une agglomération urbaine de la banlieue parisienne, Boulogne-Billancourt (Minvielle et coll., 1975). Ils prennent la précaution de confronter les déclarations de morbidité faites par les sujets et les résultats d'un examen médical proposé par le Centre de santé de la Sécurité sociale aux sujets âgés de 45 ans et plus. Constatant d'importantes omissions dans les maladies déclarées spontanément, sans proposition de liste, au regard des constats médicaux, en particulier pour les maladies chroniques, les chercheurs tiennent compte de ces écarts pour construire un indice de santé synthétique tenant compte du caractère aigu ou chronique des pathologies et de ses conséquences sur l'activité : cadres supérieurs et professions libérales ont un indice plus de deux fois inférieur à celui des manœuvres, ouvriers spécialisés et employés.

Mais la population de Boulogne-Billancourt a des traits spécifiques liés au caractère industriel de la ville et à son évolution : peut-on généraliser les résultats qui s'y rapportent à l'ensemble de la société ? Au milieu de la même décennie, une autre équipe de l'INSERM tente une approche nationale des disparités sociales de morbidité à travers une enquête auprès des médecins libéraux, généralistes et spécialistes (Guidevaux et coll., 1975) : les écarts sociaux de la morbidité sont attestés, mais on ne retrouve pas avec la même netteté la hiérarchisation sociale qui transparaît dans la mortalité différentielle.

La morbidité déclarée et la consommation médicale font l'objet d'une enquête décennale initiée par l'INSEE et qui trouve des prolongements dans une collaboration avec le Centre de Recherche Etude et Documentation en Economie de la Santé (CREDES). Mais le brouillage et parfois l'effacement des inégalités sociales pour divers aspects de la morbidité interroge les chercheurs : est-ce que l'ordre de la maladie serait en partie découplé du registre de la mort ? On prend conscience qu'on ne peut pas donner à chaque maladie la même importance et le même poids dans les trajectoires sanitaires des individus : le CREDES construit un indice bidimensionnel de la morbidité en prenant en compte le risque vital et l'invalidité. Avec cet instrument, la hiérarchisation sociale de la mortalité et de la morbidité coïncident, même si les écarts sociaux de la mortalité sont davantage prononcés (Desplanques et coll., 1996).

Au cours de la même période, les sciences sociales du travail retrouvent et transforment une tradition de recherche du XIX^{ème} siècle visant à évaluer l'usure différentielle de l'activité productive; elles élargissent aussi la perspective initiale en prenant en compte les effets organisationnels de l'entreprise sur la santé des salariés, en particulier en affectant

leur identité sociale (Périlleux, 1992). Ainsi par delà l'aspect descriptif des inégalités sociales de santé se manifeste un souci de quête d'intelligibilité.

C'est aussi au cœur de cette période que paraît l'ouvrage d'Ivan Illitch (1975). Sa critique de la médicalisation repose en partie sur l'existence des inégalités sociales de santé, dans la mesure où elles sont hors de portée d'une médecine qui offre pourtant les moyens à l'homme usé de "continuer à se faire exploiter". Le radicalisme de la thèse trouve son aboutissement dans le rejet de la médecine occidentale qui, selon l'interprétation illitchienne, annihile les capacités citoyennes des individus. Quelles que soient les objections que l'on fasse à l'auteur, il a le mérite d'indiquer un enjeu important de santé publique : quelle peut être la place du système de soins dans les dispositifs de réduction des inégalités de santé ?

Il reste que ce débat est largement limité aux chercheurs qui exercent leur activité dans le secteur où se construisent les enjeux de la santé publique, et leur cercle est restreint. On peut prendre une mesure indirecte de l'enkystement du débat scientifique lié aux inégalités sociales de santé à travers deux indices : d'une part, le fait que les facteurs socio-économiques soient relativement peu pris en compte pour expliquer les problèmes de santé : de 14,5% à 17,9% des publications entre 1965 et 1976, à partir de la *Current Bibliography of Epidemiology* (cité par Goldberg, 1982) et rien ne permet de penser aujourd'hui que la production française présente une exception particulièrement favorable. D'un autre côté, l'ouvrage édité en octobre 1992 à l'occasion de l'exposition "L'homme et la santé", présentée à la Cité des Sciences et de l'Industrie de La Villette (Bernardis, 1992), ne présente aucun chapitre traitant des inégalités sociales de la santé ainsi que des débats scientifiques et politiques qu'un tel phénomène est en droit de susciter : n'est-ce pas un signe de l'étroitesse du cercle des chercheurs qui ont de telles préoccupations et de sa faiblesse sociale, en particulier en matière de diffusion médiatique vers le grand public ou du moins le public cultivé ?

Le cercle des experts et des décideurs face aux inégalités sociales de santé : la difficulté à ouvrir un débat sur leur réduction.

Sur le versant du politique, on peut approcher le mode d'appréhension des inégalités sociales de santé à travers des rapports officiels de diverse nature. Commençons par le rapport de la commission Santé du 6ème Plan (Rapport des commissions du 6° plan, 1971) publié cinq ans après les premiers résultats de l'enquête longitudinale de l'INSEE sur la mortalité sociale différentielle. Dans le corps du texte deux paragraphes se rapportent à ce qui est encore prudemment désigné comme "disparités de l'état de santé des Français suivant la catégorie socio-professionnelle" (quelques graphiques de l'enquête INSEE sont joints en annexe). Les recommandations traduisent d'abord les

préoccupations du moment : si le rapport demande la production de meilleures informations et davantage de prévention, l'heure est à l'insistance sur la modernisation du parc hospitalier (équipements et recrutement de nouveaux personnels spécialisés) ainsi que sur une meilleure organisation du système de soins. On a pris acte de la différenciation sociale des populations au regard de la santé mais cela n'est pas encore perçu comme une composante des inégalités sociales et il est implicitement entendu que l'amélioration du système de soins va homogénéiser ces différences.

Avec les années 1980, la gauche reprend la direction des Affaires publiques : deux rapports (Rapport au ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale et au secrétaire d'Etat chargé de la santé, 1985, et Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 1989) témoignent de cette volonté politique de reconnaître que les écarts sociaux de santé ne relèvent pas du hasard mais constituent véritablement des "inégalités sociales de santé". Davantage même, on souligne d'abord que ce type d'inégalité sociale "persiste", puis on en vient à indiquer, dans le rapport de 1989, qu'une tendance à leur accroissement se manifeste.

Cependant l'explicitation de ces phénomènes reste limitée (moins d'une dizaine de pages en dehors des annexes). Plus étonnant encore, on décrit les "facteurs agissant sur la santé" en consacrant quelques pages à l'environnement et aux conditions de vie tandis que l'on s'étend sur les comportements liés aux "habitudes de vie" (tabagisme, etc.) et plus encore sur le rôle "bienfaisant" du système de santé. Si les facteurs de risque désignés relèvent largement d'actions individuelles dont la dangerosité pour la santé a été empiriquement établie et, plus faiblement, de diverses détériorations de l'environnement, le système des médiations entre cet "ordre de causalité" et les inégalités sociales de santé n'est pas envisagé très clairement : on ne se soucie pas véritablement de procéder à l'examen du hiatus entre l'effet global et structurel établi (persistance et accroissement des inégalités sociales de santé) et l'échelle individuelle à laquelle est située l'explication des problèmes de santé.

Dès lors, on retrouve la pente ordinaire des projets d'interventions : renforcer et améliorer les soins aux individus malades. Une "politique de gauche" ne pouvait pourtant pas en rester au seul niveau curatif : en 1990, l'adoption de la loi Evin sur l'alcool et le tabac manifeste une volonté de prévention. Si cette loi a suscité débat, l'angle d'attaque individualisé des consommations d'alcool et de tabac tout comme "la matérialité" des comportements qu'elle cherche à atteindre (en se préoccupant peu de leurs propriétés collective et symbolique) ont polarisé la discussion sur la pertinence d'une telle mesure de santé publique plutôt que sur les effets éventuels qu'elle pourrait avoir en termes de réduction des inégalités sociales de santé. Les analyses d'experts et les interventions publiques restent encore prisonnières du modèle individualisé de la fonction réparatrice du

système de soins, faute de s'investir dans une explication plus large de la différenciation sociale inégalitaire de la santé des Français (Drulhe, 1996).

La préparation du XIème Plan permet d'inaugurer la dernière décennie du siècle avec un rapport qui aborde d'une autre façon ces problèmes et amorce l'ouverture d'un débat en d'autres termes (Soubie, 1993). Les inégalités sociales de santé font l'objet d'une partie spécifique (Atelier n°2) et cette réflexion se prolonge par une tentative d'explicitation des "déterminants des états de santé" (Atelier n°3) qui se conclut ainsi : "Nous avons en France trop longtemps et aujourd'hui encore établi une relation bi-univoque entre "santé" et "soins" comme si la première dépendait exclusivement des seconds (...) A force de concentrer notre attention sur le système de soins, nous avons oublié de décrypter tous les rouages des mécanismes complexes qui relient santé et bien-être. Ces mécanismes jouent au niveau individuel comme au niveau des sociétés nationales : et si nos politiques en tenaient compte ?"

Mais les rapporteurs sont conscients que la mise en place et la réussite de politiques de prévention supposent de relever le défi de l'insuffisance de nos savoirs quant à ce qui favorise ou défavorise la santé : il importe de mieux connaître ce qui produit les inégalités de santé (en particulier les conditions d'accomplissement du travail) pour imaginer des interventions publiques adéquates en amont du système de soins.

Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique (1994) reprend, dans ses analyses, le même fil directeur que le rapport Soubie : la "vision pasteurienne et bernardienne" de la santé et de ses déterminants s'élargit. Les inégalités sociales de santé y sont clairement décrites et plusieurs tentatives d'analyse sont présentées pour en rendre compte (une attention particulière est portée aux effets du travail et du chômage). Après un tel constat et de telles analyses, le lecteur est étonné par la partie du rapport qui propose des objectifs de santé publique : de la production des inégalités sociales de santé, on revient manifestement à des enjeux de consommation de soins puisque maladies, déficiences et incapacités y occupent une place prépondérante.

Ainsi se manifeste les ambiguïtés d'un rapport qui emboîte le pas aux termes du débat posés par le rapport du Commissariat Général du Plan, tout en maintenant en filigrane le modèle de la décennie précédente : les soins continuent d'être le déterminant essentiel de la santé, remède universel à la réduction des inégalités en la matière. Toutefois, sous l'instigation du même Haut Comité à la Santé Publique, la mise à l'ordre du jour des Conférences régionales de santé, en 1998, des "inégalités sociales de santé" a rencontré un écho favorable chez les participants : le souci d'aborder les problèmes de santé en amont du curatif existe mais donner la priorité aux interventions sur "l'environnement naturel et social" reste exceptionnel (Poindron, 1998).

Comprendre la faible prise en considération des inégalités sociales de santé en France : mise en perspective historique.

Finalement la question des inégalités sociales de santé en France se caractérise par une lente et faible reconnaissance, sans que la gravité de ses conséquences suscite un important débat public pour déterminer des interventions politiques adéquates. Comment rendre intelligible la position française actuelle ?

Après l'éclatement de la profession soignante au moment de la Révolution française, il a fallu un siècle à la profession médicale pour conquérir le monopole thérapeutique, en particulier à travers l'unification et le contrôle de la qualification (1892) : le corps médical français en est venu à s'imposer comme seul compétent dans le domaine de la santé, de sorte que toute amorce de débat en dehors du champ médical est très difficile. Parallèlement, la possibilité d'un syndicalisme professionnel a constitué un lieu de réflexion qui a permis aux médecins de moraliser leur profession en constituant leur déontologie : pour la médecine française, cela aboutit au triomphe de la tradition libérale qui se manifeste dans la Charte médicale de 1927, dont les aspects majeurs sont repris dans le Code de déontologie de 1947. Il s'agit du respect du secret professionnel, du libre choix du médecin par le malade, de l'entente directe entre les parties en matière d'honoraires et de la liberté de prescription du médecin. Ainsi l'exercice en cabinet libéral entre dans les mœurs au point que toute autre forme de pratique a un caractère exceptionnel. La conséquence de ce processus historique est de favoriser la tendance à considérer la santé d'un point de vue "individualiste" : la relation d'individu à individu au sein du cabinet médical finit par masquer les conditions sociales de possibilité du développement de la santé et de la maladie ; la découverte pasteurienne renforce l'action médicale hospitalière, par la diffusion des examens biochimiques, alors qu'elle a peu d'impact pratique sur le plan de l'hygiène et de la santé publique. L'indépendance professionnelle de nombre de médecins finit par rejoindre le conservatisme des plus ardents défenseurs de la propriété privée : on refuse "la tyrannie de l'hygiénisme" ainsi que toutes formes de contrainte collective par des lois susceptibles de favoriser la santé publique, comme en témoigne la longue lutte contre l'obligation vaccinale antivariolique ; les mesures de prophylaxie collective sont perçues comme portant atteintes aux libertés individuelles : on s'efforce plutôt de trouver les moyens d'améliorer les comportements individuels.

Paradoxalement, la politique d'organisation collective de la prévoyance sociale, qui se traduit par la mise en forme de la Sécurité sociale en 1945, va dans le même sens : d'un côté, la constitution d'une prévoyance-solvabilité à l'échelle collective permet de favoriser l'accès individuel aux soins médicaux ; d'un autre côté, accepter que les classes moyennes indépendantes n'intègrent pas le régime général, tout comme refuser l'exclusivité des

assurances complémentaires aux mutuelles ont été les signaux très nets d'une interprétation particulière de cette politique : bien loin d'être synonyme de "collectivisation", elle est au contraire au service d'un meilleur exercice des libertés individuelles ; dans l'entière liberté de leurs choix, les individus ont désormais la possibilité de mieux se soigner.

Une telle perspective fait apparaître la protection sociale comme un piège dans la prise en compte des inégalités sociales de santé. Faute d'accorder toute sa spécificité et toute son ampleur à la dimension collective de la santé et de sa différenciation sociale, on a réduit la prévoyance collective à la solvabilité des malades par la solidarité obligatoire de l'assurance-maladie, c'est-à-dire à une affaire d'accessibilité à la prévention et aux soins médicaux. A la Libération, la vision du ministre Alexandre Parodi, porteur du projet, est bien plus large : la protection sociale qui se met en place est la "réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité". Or, se focaliser sur la démocratisation des soins met sur la touche tout ce qui, dans la collectivité, prépare et induit l'apparition des maladies : la médecine triomphante de l'après-guerre stimule la croyance que l'éradication de toutes les maladies est à notre portée et qu'ainsi va disparaître l'enjeu de la réduction des inégalités sociales de santé. Cette situation n'est pas spécifique à la France : "(...) de façon plus subtile, l'existence du NHS [National Health Service] depuis la seconde guerre mondiale, écrit Roy Carr-Hill pour la Grande-Bretagne, a empêché que ne s'établisse un débat sur de nombreux aspects importants des déterminants économiques et sociaux des inégalités de santé" (Aïach et coll., 1987).

Les bouleversements socio-économiques inaugurés par le choc pétrolier de 1973 produisent toutes sortes de conséquences au cours des deux dernières décennies du XX^{ème} siècle : parmi elles, les plus remarquables sont le développement du chômage et la renaissance d'une grande pauvreté. Or la "nouvelle" question sociale ruine et efface tout débat public sur la réduction des inégalités sociales : elle lui substitue l'inquiétude de l'exclusion. Le regard des experts et des médias ne parcourt plus la verticalité de la pyramide sociale pour sonder sa réduction ou le frémissement de la mobilité sociale qui la parcourt : il se fige sur la frontière qui sépare les exclus du travail, du logement et de toute vie familiale, et ceux qui "ont la chance" d'avoir encore ces biens et ces formes de lien social en voie de raréfaction (emploi, résidence, famille), au point de condenser symboliquement tous les privilèges. Dès lors, l'emploi et l'accomplissement du travail, pivots du positionnement dans l'espace social (Castel, 1998) et composantes essentielles de la production de santé (Appay et coll., 1997), sont livrés et soumis aux exigences de la flexibilité, avec les pressions d'horaire et de cadence, le stress, la précarisation et la démesure que cela entraîne, au détriment de la santé.

Cette transformation des points de vue se répercute sur les enjeux de santé : les timides perspectives ébauchées quant aux sources des inégalités sociales de santé et quant à la nécessité de se mobiliser bien en amont du système de soins s'obscurcissent au profit de l'urgence du moment, l'accès des exclus aux soins médicaux. C'est ainsi que s'opère tout au long du XXème siècle une polarisation sur le curatif, sous diverses formes et, chaque fois, dans la fébrilité de l'invocation de quelque urgence, tend à s'estomper la reconnaissance de ce qui, en amont, est au fondement des inégalités sociales de santé.

*

* *

Au cours des vingt-cinq dernières années, les enjeux liés à la maîtrise des dépenses de santé, à l'apparition de l'épidémie du sida et aux séquelles sanitaires du développement d'une extrême pauvreté remettent pourtant en cause une pareille étroitesse de vue : la démocratisation de la consommation médicale est impuissante à réduire les écarts sociaux de santé ; de meilleurs traitements thérapeutiques pour les séropositifs et les sidéens n'enrayent pas la diffusion de l'épidémie chez les plus mal instruits et les plus pauvres ; soigner les chômeurs chroniques n'empêche pas le stress et l'anxiété liés à une quête sans fin d'emploi de faire leur œuvre délétère. Le traitement politique de l'accroissement des dépenses de santé ne paraît pas tenir compte jusqu'à présent de l'approche suggérée par le rapport Soubie : la régulation de la consommation des soins reste largement prioritaire.

Le débat amorcé autour de la réduction des inégalités de santé (spécialement encouragé par l'OMS) se trouve soumis à la pression de l'urgence à contenir les déficits de l'assurance-maladie tout en donnant aux "exclus" les moyens d'accéder aux dispositifs de soins, en particulier grâce à la couverture maladie universelle (1999), de sorte que la décentration nécessaire pour saisir la complexité des relations entre santé et société (dont les inégalités de santé sont un des points nodaux) se trouve encore repoussée, au moins partiellement. En dépit des résultats multiples mais convergents de la recherche scientifique qui établissent les inégalités sociales de santé, leur persistance et leur accroissement, et qui en explicitent au moins partiellement les mécanismes sous-jacents, ce phénomène n'est pas encore véritablement reconnu sur la scène publique comme problème majeur de santé publique. De ce point de vue la permanence de son invisibilité dans l'espace politique en constitue un trait essentiel. Et cette constance dans l'invisibilisation des inégalités sociales de santé sur la scène publique prolonge des processus de même nature concernant plus généralement les inégalités sociales : la "nouvelle" question sociale, très largement abordée en termes d'exclusion et de pauvreté, en témoigne.

Bibliographie

- AÏACH P., CARR-HILL R., CURTIS S., ILLSLEY R. (1987), *Les inégalités de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative*, Paris, INSERM et la documentation française, p.177.
- APPAY B. et THEBAUD-MONY A. (sous la dir. de) (1997), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESO.
- BERNARDIS M.A. (sous la direction de) (1992), *L'homme et la santé*, Paris, Le Seuil.
- BOLTANSKI L. (1971), Les usages sociaux du corps, *Annales (ESC)*, 26^e A., n°1.
- CALOT G. et FEBVAY M. (assisté de DINH Q.Ch.) (1965), La mortalité différentielle selon le milieu social, *Etudes et conjoncture*, n°11.
- CASTEL R. (1998), Centralité du travail et cohésion sociale, in KERGOAT J. (et al.) (sous la dir. de), *Le monde du travail*, Paris, Ed. la découverte.
- DESPLANQUES G., MIZRAHI A. ET MIZRAHI A. (1996), Mortalité et morbidité par catégories sociales, *Solidarité santé*, n°4.
- DRULHE M. (1996), *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF.
- FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF.
- GOLDBERG M. (1982), Cet obscur objet de l'épidémiologie, *Sciences sociales et santé*, Vol I, n°1, décembre, pp. 58-59.
- GUIDEVAUX M., COLVEZ A., MICHEL E., HATTON F. (1975), *Les malades en médecine libérale*, Paris, INSERM et Berger-Levrault.
- Haut Comité de la Santé Publique (1994), *La santé en France. Rapport général*, Paris, La documentation française.
- Haut Comité de la Santé Publique (1994), *La santé en France. Annexes : Travaux des groupes thématiques*, Paris, La documentation française.
- ILLITCH I. (1975), *Némésis médicale*, Paris, Le Seuil.
- LECLERC G. (1979), *L'observation de l'homme. Une histoire des enquêtes sociales*, Paris, Le Seuil.
- LOUX F. (1974), Transmission culturelle chez les catholiques et les protestants : les soins corporels à Chardonneret, *Ethnologie française*, IV, n°1-2.
- Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale (1989), *La santé en France. Faits majeurs, grandes tendances*, Paris, La documentation française.
- MINVIELLE D., AÏACH P. et LECLERC A. (1975), *Problèmes de santé dans une agglomération urbaine en mutation : Boulogne-Billancourt*, Paris, Monographie de l'INSERM, série "Santé Publique".
- MURARD L. et ZYLBERMAN P. (1996), *L'hygiène dans la République*, Paris, Fayard.

- PÉRILLEUX T. (1992), Santé et identité dans les organisations : une revue de la littérature, *Recherches sociologiques (Louvain)*, Vol. XXIII, n°3.
- POINDRON P.Y. (1998), Conférences régionales de santé : des résultats à transformer, *Espace Social Européen*, 29 mai - 4 juin.
- POLLET G. (1995), La construction de l'État social à la française : entre local et national (XIX^{ème} et XX^{ème} siècles), *Lien social et politiques - Revue internationale d'action communautaire*, 33.
- SOUBIE R. (Groupe "Prospective du système de santé" présidé par) (1993), *Santé 2010*, Paris, La documentation française.
- R. SOUBIE (Groupe "Prospective du système de santé" présidé par) (1993), *Santé 2010. Équité et efficacité du système*, Paris, La documentation française.
- R. SOUBIE (Groupe "Prospective du système de santé" présidé par) (1993), *Santé 2010. Santé, maladies et technologies*, Paris, La documentation française.
- RAMSEY M. (1994), Public Health in France, in D. PORTER (ed.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam - Atlanta, Editions Rodopi.
- Rapport au ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale et au secrétaire d'Etat chargé de la santé (1985), *La santé en France*, Paris, La documentation française.
- Rapports des commissions du 6^o plan 1971-1975 (1971), *Santé (I et II)*, Paris, La documentation française.