DRULHE M., Les inégalités sociales de santé : quelles intelligibilités ? Communication au Colloque international "Santé et discriminations sociales" , Université de Minho, Braga (Portugal), février 2002 (paru dans *Actas do Coloquio Internacional Saude e Discriminacao Social* , Braga, 2002)

Les inégalités sociales de santé : quelles intelligibilités ?

Marcel DRULHE*

Le titre que j'ai choisi pour cette conférence donne à penser que mon propos n'est pas d'expliciter les inégalités de santé, mais d'indiquer plutôt de quelle façon nous pouvons en rendre compte, de façon à en tirer des conséquences en matière de Santé publique. Bien sûr, il ne suffit pas de savoir : certains aspects du débat, qui s'est amorcé en France après la mort de Pierre Bourdieu, ont rappelé que dans nos sociétés rationalisées il existait encore beaucoup d'*ignorance volontaire* (la volonté de ne pas savoir, la volonté de n'en rien savoir). Et même si la recherche, à l'inverse, manifeste *une volonté de savoir*, cela ne veut pas dire que cette volonté soit partagée : les formes de dénégation qui entravent les actions de prévention et de promotion de la santé sont multiples. Mais n'anticipons pas sur une autre partie de ce Colloque.

Cependant, avant de m'engager sur l'enjeu de l'intelligibilité, je me dois de dire quelques mots sur l'objet lui-même : de quoi parlons-nous à travers cette expression *les inégalités sociales de santé* ?

D'un côté, l'amélioration constante de l'espérance de vie dans les pays développés, avec des points de départ et des rythmes diversifiés : la transition épidémiologique commence dès le XVIIIe siècle en France et dans beaucoup de pays européens. Elle débute après la seconde guerre mondiale au Japon ; or, la société nipponne a non seulement rattrapé le vieux continent mais, à la fin du XXe siècle, elle l'a dépassé.

D'autre part, l'établissement de disparités sociales en matière de santé est indéniable, même si on peut discuter, selon les périodes, de leur diminution ou de leur

* Professeur, Département de sociologie et Centre d'Études des Rationalités et des savoirs (CERS UMR-CNRS 5117), Université de Toulouse-le-Mirail ; membre de l'U.558 INSERM.

accroissement. Laissons ce débat de côté pour nous recentrer sur une conclusion solidement établie maintenant : en dépit de la mise en place de systèmes de protection sociale variés, on peut soutenir que, sur deux siècles au moins, il y a persistance de disparités sociales en matière de santé. La profondeur historique permet déjà de voir que la facilitation de l'accès au système de soins a certes des effets, mais pas celui de réduire les disparités sociales de santé. D'ailleurs au milieu des années 1970, un médecin historien anglais, Thomas Mac Keown avait montré qu'on pouvait établir une baisse significative de la mortalité due à des maladies infectieuses nettement avant la découverte de l'agent infectieux et plus largement encore avant la découverte des traitements efficaces (il suffit de penser à la courbe de mortalité de la tuberculose : elle est en pente descendante avant la découverte du bacille de Koch et la baisse s'accélère avant la découverte du vaccin et de la pénicilline). Si on peut faire bien des critiques à Mac Keown, en particulier sur le plan de la rigueur dans l'établissement des causes médicales de mortalité (est-ce que la bronchite est bien distinguée de la tuberculose, par exemple ?), il reste que la tendance est bien établie, même si on peut discuter son intensité. D'ailleurs, dans ces années-là, l'évaluation des programmes OMS dans les pays en développement montre que la vaccination contre telle ou telle maladie infectieuse est insuffisante pour faire baisser significativement la mortalité : les programmes d'éducation, en particulier la lutte contre l'illettrisme des femmes, tout comme l'élévation du niveau de vie, contribuent infiniment plus à la chute de la mortalité que la vaccination, parce que la vaccination bloque l'accès du corps à tel microbe ou bacille, mais elle est incapable de réduire la vulnérabilité générale de corps mal nourris et soumis à une quasi-absence d'hygiène, qui se défendent mal contre d'autres agents infectieux non touchés par les réactions vaccinales.

Si l'état des lieux est encore mal reconnu par la société civile et politique, il est au contraire bien connu des spécialistes. Précisons encore quelques points. Les recherches établissent des associations entre des indicateurs et indices de mortalité, de morbidité, de consommation médicale et de pratiques de santé, d'un côté, et les indices des différentes positions sur les dimensions fondamentales de l'espace social. Pour les sociologues, l'espace social se structure principalement autour de quatre sortes de rapports sociaux : rapports sociaux de genre, de génération, de classe et rapports sociaux ethno-culturels. L'enjeu est de savoir si les mécanismes biologiques qui président à

l'accomplissement des phénomènes de santé sont totalement indépendants, ont une totale autonomie, ou bien s'ils sont façonnés par divers mécanismes et processus sociaux. Or, les corrélations nous assurent que les mécanismes biologiques (ou du moins certains d'entre eux) ne fonctionnent pas de la même manière selon que l'on est jeune ou vieux, homme ou femme, manœuvre ou avocat, etc. Autrement dit nous établissons statistiquement des *écarts sociaux de santé*.

Passer des écarts sociaux de santé aux *inégalités sociales de santé* suppose une interprétation, un raisonnement sociologique qui donne ce sens particulier à ces écarts sociaux. Mais cette interprétation *nécessite la référence à l'égalité des membres* de la société. Cette référence suppose une "révolution politique" qui reconnaisse et affiche *l'égalité de conditions* pour tous les citoyens. Dans les sociétés d'Ancien Régime, on peut admirer les *danses macabres* qui rappellent que l'évêque va mourir comme le prêtre du bas-clergé, que le paysan va mourir comme son noble seigneur ; mais personne ne pose le problème : comment se fait-il que le paysan et le petit curé meurent plus tôt que l'aristocrate ou l'évêque ? C'est l'avènement de la démocratie qui suscite la question de l'égalité en santé : comment se fait-il que des citoyens égaux en droit soient confrontés à des disparités de morbidité et de mortalité ? Cela relève-t-il exclusivement d'équilibres naturels ou bien les "caprices de la nature" sont-ils encadrés et contraints par des mécanismes sociaux ? Dès lors que les disparités de santé sont des disparités sociales, elles contreviennent effectivement à l'idéal universel des Droits de l'Homme qui président à la conception de l'égalité démocratique : les disparités sociales de santé peuvent être interprétées à juste titre comme des inégalités sociales de santé.

Voilà notre objet à peu près repéré : la persistance des écarts de santé référés à l'espace social, interprétables et interprétés dans les sociétés démocratiques comme des inégalités sociales de santé. Comment en rendre compte ? Comment rendre intelligible cet ensemble de corrélations entre indices de santé et indices de positionnement dans l'espace social ?

Compte tenu de la durée de cette conférence, je ne vais pas entrer dans le détail : je vais me contenter d'esquisser les grandes orientations de la compréhension et de l'explication de ce phénomène. Les grandes orientations : ce pluriel correspond au pluriel de la question du titre de la conférence, *quelles intelligibilités* ? La thèse épistémologique sous-jacente est bien que seule la pluralité explicative peut permettre de rendre compte

des inégalités sociales de santé. Pourquoi ? La pluralité de l'intelligibilité est nécessaire parce que chaque modèle explicatif se révèle être partiel : on ne peut jamais arriver à l'étendre à l'ensemble des composantes de la santé. Selon une stricte logique positiviste ou néo-positiviste, une explication qui n'est pas généralisable doit être frappée d'anathème. Mais on connaît aujourd'hui les faiblesses du positivisme. C'est pourquoi, on raisonnera dans un autre espace épistémique : on considèrera que chaque explication apporte un gain d'intelligibilité dans son ordre propre et cet ordre n'est pas exclusif d'autres explications qui l'éclairent et la complètent. L'enjeu de cette orientation épistémologique est alors de construire, en cohérence et conformément aux observations empiriques, une articulation de ces explications qui dépasse la simple juxtaposition.

Voici donc une tentative de mise en forme et d'articulation des principales orientations d'intelligibilité des inégalités sociales de santé.

1°) Par une sorte de réflexe sociologique, on est tenté d'interpréter d'emblée les associations entre positions dans l'espace social et variations des états de santé comme si la première variable (l'espace social) déterminait la seconde (la santé). Ce faisant on accepte sans examen le présupposé de l'antériorité de l'ordre social sur l'ordre sanitaire. Est-ce que le social est toujours l'antécédent et la santé toujours l'effet ? Les tenants d'une sociobiologie radicale renversent l'ordre des phénomènes : leur thèse est la proposition selon laquelle la nature de la santé (du capital santé en quelque sorte) a pour effet de distribuer les individus en diverses positions de l'espace social. C'est l'hypothèse d'une sélection sociale par la fatalité des caractères génétiques hérités.

Pour tester cette hypothèse, on constitue des séries de données permettant de saisir la mobilité sociale intragénérationnelle et intergénérationnelle que l'on associe à des indicateurs de santé. A quoi aboutissent de tels travaux, particulièrement abondants au Royaume Uni ? A l'invalidation de cette thèse radicale, dont la connotation raciste ne vous aura pas échappé : ce ne sont pas nos gènes qui déterminent notre place dans la société. Par contre, de telles analyses ont permis de mettre en évidence des *mécanismes sociaux de sélection sociale sur la base de critères de santé* : il existe bien une utilisation sociale de la santé pour des opérations sociales de filtrage, dont certaines sont bien fondées (ne pas accorder le permis de conduire à certains handicapés moteurs) tandis que d'autres procèdent de la stigmatisation et du rejet (refus d'embauche pour grossesse ou pour séropositivité, par exemple).

2°) L'utilisation de la santé à des fins de sélection sociale constitue une perspective explicative qui n'exclut pas d'autres mécanismes qui sont de l'ordre d'une production sociale de la santé. Comment s'opère cette production de santé ? Si l'on réduit la stratification sociale à son aspect économique (l'échelle des revenus, pour aller vite), on peut faire l'hypothèse d'un effet délétère des privations sur la santé : la dénutrition, l'insuffisance de protection vestimentaire, le manque de confort des logements concourent à fragiliser la santé. Le contraste entre pays occidentaux et pays en développement est démonstratif sur ce point. Mais inversement, il suffit de comparer les pays occidentaux sur le plan de l'espérance de vie, par exemple, pour apercevoir aussitôt les insuffisances de cette intelligibilité : les écarts ne suivent pas la proportion respective des richesses nationales. Il est donc nécessaire de discerner quelles médiations économiques interviennent entre l'espace socio-économique et la santé.

3°) Une première médiation est constituée par la démesure du travail, c'est-à-dire l'accélération des rythmes et l'intensification des tâches, avec toujours le même enjeu : les gains de productivité. Dans notre monde de marchés où la concurrence est exacerbée, ce n'est pas la révolution technique qui arrive à faire la différence, mais la flexibilité du travail humain qui se traduit, à l'aune biographique, par une usure des corps. L'usure différentielle du travail est un refoulé social qui s'est mis en place dès le début de la révolution industrielle. Même à l'aube du troisième millénaire, la question des accidents du travail et des maladies professionnelles¹, sans parler des excès de fatigue et des diverses formes de découragement moral, sont moins affaire d'expertise médico-scientifique que de négociations entre partenaires sociaux dans le cadre de rapports de force. Ce n'est que face aux abus qu'intervient l'action législative, et elle laisse dans le non-dit toutes sortes d'excès jugés normaux et légitimes. C'est pourquoi un spécialiste de sociologie historique a pu écrire qu'en matière de travail, la démesure précède toujours la mesure : la pression productiviste n'a pas d'autre limitation que celle que peut lui opposer la société civile relayée par le politique.

4°) La production sociale de la santé s'opère également par les conditions de vie, c'est-à-dire par les conditions d'existence hors travail. Spontanément on pense aux transports et aux déplacements avec les accidents qu'ils génèrent et leurs séquelles de traumatismes

¹ Selon un organisme fédéral américain (National Institute for Occupational Safety and Health), on pouvait estimer à 400 000 salariés le nombre d'étasuniens qui contractent chaque année une maladie professionnelle : un quart en meurent soit l'équivalent d'une guerre du Vietnam tous les ans.

et de décès. Avec le logement et le cadre de vie, ce sont les questions de salubrité qui sont immédiatement évoquées. Mais il ne faut pas oublier les questions de densité et de surpeuplement. Au sein de nos sociétés, l'individu et son intimité sont devenus des valeurs très prisées, de sorte que l'entassement est insupportable : la proximité de tous les instants ne permet pas à chaque membre de la famille ou du ménage de pouvoir disposer de lieux et de moments de retrait et de quant à soi. Une telle impossibilité peut susciter des tensions intra-familiales qui trouvent souvent leur exutoire dans l'expulsion des enfants hors du logement. Mais les ébats de ces enfants et de ces jeunes, dans la rue ou au pied des immeubles, sans contrôle ni surveillance, génèrent souvent des tensions avec le voisinage, bref un climat d'agressivité et de violence. Bien sûr, à l'inverse de ces contraintes de promiscuité souvent sources de violence latente, on peut observer d'autres formes de conditions de vie, entre un isolement social facteur de solitude et une sociabilité riche et paisible. A la suite de l'étude pionnière d'Alameda County, en Californie, qui redécouvrait en quelque sorte ce que Durkheim avait montré à propos de la mortalité par suicide, nombreuses sont les recherches qui ont établi combien les réseaux sociaux et leur densité, ce que d'autres appellent soutien social ou simplement sociabilité, ont des effets très bénéfiques sur la santé : l'isolement social tend à précipiter le raccourcissement de l'espérance de vie.

5°) Conditions de travail et conditions de vie, que l'on peut rassembler dans l'expression "conditions d'existence", forment une grande partie de ce que Max Weber désigne comme *chances de vie* ou bien *perspectives d'existence*. Le sociologue allemand indique par là les cadres socio-économiques, ce que Marx appelle les bases matérielles de l'existence ou l'infrastructure économique. Mais il existe aussi les cadres socio-culturels, ce que l'on appelle *style de vie* ou *genre de vie*, c'est-à-dire l'attachement à des valeurs et des conceptions du monde, l'enracinement d'attitudes déterminées dans des conditions d'existence. Par exemple, loin des contraintes et des codes prescrits de la vie de travail en entreprise, certains styles de vie populaires se caractérisent par une défense farouche de *l'indépendance du chez soi* : on se méfie des "étrangers" (sous-entendu des étrangers au milieu, de ceux qui ne font pas partie du *nous collectif*) et de leurs "bonnes paroles", perçues comme intrusion dans le temps de liberté qu'est le temps de non-travail. On devine que toute campagne d'éducation pour la santé placée sous une quelconque autorité de tutelle (médicale, ministérielle, etc) n'a aucune chance d'aboutir chez les

personnes qui ont un tel style de vie. Ainsi, en France, les premières campagnes de protection contre le sida auprès des milieux homosexuels ont reçu un écho largement favorable chez les jeunes, sauf chez les jeunes de milieu populaire : d'une part, ils ne faisaient aucune confiance à ces conseils venant d'instances étrangères à leurs groupes ; d'autre part, le rapport à la vie et à la mort était vécu sur le mode de la fatalité et du destin : se protéger relève d'un autre rapport au temps qui intègre la perspective d'une relative maîtrise de l'avenir, d'une capacité à y inscrire des projets, d'une aptitude à calculer et à faire des prévisions (autant de valeurs totalement absentes de leur genre de vie).

Mais en est-on quitte avec l'intelligibilité ainsi acquise ? Pas encore. D'où :

6°) Empruntons encore nos outils d'analyse à Max Weber : il s'agit de passer des *chances de vie* aux *conduites de vie*, ou encore des *perspectives d'existence* aux *choix individuels*. En d'autres termes, chacun des vecteurs d'intelligibilité que je viens d'indiquer peut être problématisé et retraduit en termes d'*actions contextualisées* et de *logiques d'acteurs*. Cadres socio-économiques, conditions de travail, conditions d'existence et genres de vie circonscrivent des aires de possibilité, c'est-à-dire délimitent ce qui est impossible et ce qui est possible ; elles ne déterminent pas la réalité d'une décision et d'une action : parmi les possibilités exploitables, on ne sait pas à l'avance laquelle sera choisie par tel ou tel individu.

Là encore, juste un exemple. Revenons au monde du travail, dont j'indiquais, il y a un instant, les contraintes de rythme et d'intensité. Face à elles, les travailleurs, quel que soit leur positionnement, ne sont pas inertes : ils développent un *coping*, comme disent les anglo-saxons, c'est-à-dire ils développent des ressources pour faire face, que ces ressources soient puisées dans leurs capacités individuelles ou qu'elles viennent des interactions avec leurs congénères. Dans tous les cas, cela leur permet de détourner peu ou prou la finalité purement instrumentale de leur emploi (atteindre tel objectif de production, par exemple) afin de trouver leur propre compte dans l'exercice de leur qualification et de leurs compétences : ils transfèrent une partie des enjeux productifs vers leurs propres enjeux de vie, et le bien-être en fait partie. Si cette marge de manœuvre se restreint ou n'est pas possible, cela peut donner naissance à un mouvement social : la mobilisation collective vise à introduire un peu de mesure dans un univers de

prétentions vécues comme démesurées, pour reprendre une thématique évoquée tout à l'heure.

Chacun des six points que je viens d'évoquer pour une intelligibilité des inégalités sociales de santé mériterait naturellement de plus amples développements : mon objectif a été de vous tracer un cadre général qui soit un ensemble d'orientations articulées ; je vous laisse le soin de parcourir vous-mêmes chacune de ces orientations, mais chemin faisant n'oubliez pas les autres et posez-vous la question de leurs interférences possibles. Je voudrais donc conclure en me situant à nouveau sur un plan épistémologique et méthodologique. Que peut apporter la sociologie de la santé à l'épidémiologie sociale sur ce plan-là ? Je voudrais soutenir la thèse d'un constructivisme modéré qui amène à reconsidérer les aspects positivistes du modèle étiologique. Le modèle étiologique à la base de la recherche épidémiologique (pour aller vite : un hôte, un agent infectieux, une maladie) effectue des interprétations de données, très souvent considérées comme des matériaux neutres et objectifs. Or, l'objectivité n'est pas du côté du monde empirique : elle est le résultat d'un montage expérimental ou de quelque chose d'équivalent. L'objectivité est construite par l'explicitation de dispositifs de recueil et de traitements de données : cette explicitation est une objectivation de la façon dont nous découpons la réalité, dont nous incluons et excluons de notre observation certains aspects de la réalité. Comment procède-t-on pour construire un phénomène censé exister et pour l'expliquer, par exemple les inégalités sociales de santé ?

Je n'ai pas le temps de m'attarder sur chacun des indicateurs et indices que nous utilisons pour examiner la façon dont ils sont constitués. Je voudrais juste répondre rapidement à une ultime question : sommes-nous obligés de souscrire à la thèse de ceux qui prétendent que les disparités sociales de santé sont le produit de notre manière de construire ces indicateurs et indices ? Autrement dit, est-ce que l'ultime intelligibilité des inégalités de santé ne résiderait pas dans le fait qu'elles sont purement artificielles, qu'elles sont le résultat de nos artifices de construction ?

Prenons l'exemple de la mortalité par suicide. Pour enregistrer un décès comme suicide, il est nécessaire que des autorités sociales (l'autorité judiciaire en particulier) engagent leur légitimité pour faire reconnaître que le décédé a mis fin à ses jours. Or, un tel engagement est sujet à variations : dans certaines régions, dès qu'il y a le moindre doute, on se refuse à labelliser le décès comme suicide ; en d'autres lieux, "on ne fait pas dans

la dentelle" : dès que quelqu'un est trouvé mort seul alors que rien ne le laissait prévoir, on baptise l'affaire "suicide" ; bref, selon les époques et les lieux, l'enregistrement est plus ou moins laxiste ou rigoureux. Au total, il est probable que les suicides reconnus officiellement sous-estiment la réalité du phénomène.

Mais il y a pire encore : la sous-estimation n'est pas répandue de manière uniforme dans toutes les strates de la société : le suicide du marginal ou de l'ouvrier agricole est enregistré sans problème ; par contre, chaque fois que le suicidé est intégré dans un groupe soudé, il y a des chances pour que ce groupe tente de maquiller le suicide pour le faire passer comme décès naturel, et cette tentative a d'autant plus de chance d'aboutir que l'entourage du décédé est proche des autorités. Ainsi, à la fin du 19^{ème} siècle, le taux de suicide des protestants est supérieur à celui des catholiques, en France. On connaît l'explication de Durkheim : les catholiques ont une forte intégration communautaire qui les protège de la tentation du suicide, alors que les protestants vivent leur foi dans la solitude face à Dieu. Mais on peut supposer que la différence est moins liée à la nature des deux religions qu'à l'enregistrement : les catholiques se serrent les coudes pour camoufler le suicide. Peut-être, mais cela réduit-il à néant la différence entre les deux régimes religieux ?

Reprenons le raisonnement par un autre bout. Dans nos sociétés, surtout au temps où la plupart des femmes étaient au foyer, il était admis implicitement que les suicides féminins relevaient de raisons internes au cercle familial (harcèlement de la belle-mère, distance et froideur du mari coureur de jupons, etc), alors que les suicides masculins étaient censés relever de raisons extra-familiales (échec dans les affaires, atteinte à la réputation, revers politiques, etc). S'il en est ainsi, le mari dont l'épouse se suicide sera tenu pour responsable : on peut supposer qu'il va chercher à dissimuler un tel suicide. Donc, si tel est bien la tendance, on devrait avoir une sous-estimation des suicides féminins dans les statistiques des suicides. Ce raisonnement revient à faire l'hypothèse d'un effet d'interaction entre le sexe et l'état-civil sur le taux de suicide : l'écart entre suicides masculins et suicides féminins, selon cette hypothèse, doit être plus important dans la sous-population des personnes mariées. Si vous faites la vérification, vous constaterez que c'est le contraire qui est vrai, tant au XIX^{ème} siècle qu'au XX^{ème} !

Voilà un exemple qui permet de montrer que le mode d'enregistrement et l'effet de construction n'aboutissent pas systématiquement à des artefacts. Partant de là, je peux

généraliser : on peut prendre au sérieux l'enjeu d'une réflexion sur le mode de construction de nos données sans verser dans le relativisme d'un constructionnisme radical. Soyez rassurés : les inégalités sociales de santé existent bien et comprendre ce qui les produit est une condition nécessaire, quoique non suffisante, pour tenter de les réduire.