

Tant qu'on a la **santé**?

Cet aphorisme selon lequel c'est la nature personnelle qui fait l'état individuel de santé est faux. Si les individus sont inégaux face à la santé, c'est essentiellement pour des raisons d'appartenance sociale. A l'occasion de la parution récente de trois livres (cf. p.16), faisons le point des connaissances et des politiques.

Dominique GUIBERT, secrétaire général de la LDH

Il est sans doute arrivé à nombre d'entre nous, militants de la LDH, d'intervenir sur le droit «à la santé». La plupart du temps tout le monde comprend qu'il s'agit en fait du droit à un accès égalitaire aux soins. Quelquefois, un prétendu savant proteste: car la maladie est aléatoire, car l'accident est imprévisible. Et de ramener alors le débat sur les comportements individuels, sur les actions risquées. Pourtant, tout montre que la santé est une construction sociale. Si les cancers peuvent toucher n'importe quelle personne, la prévalence de certains d'entre eux dans certaines catégories sociales ou professionnelles doit orienter la réflexion sur l'inégalité des catégories sociales devant la santé. L'actualité nationale est riche de ce débat. On peut en donner trois exemples.

• L'adoption, par le législateur, de la loi «Hôpital, patients, santé, territoires» (HPST) a été l'occasion d'une vaste mobilisation, à la fois des personnels de santé et des usagers du système de santé. Dans son communiqué de presse du 6 juillet, la LDH a condamné une aggravation de la situation: la loi HPST est un mauvais coup contre l'égalité d'accès aux soins. Une politique de santé doit avoir comme objectif principal la lutte contre toutes les inégalités d'accès aux soins de santé, qu'elles soient territoriales, financières ou sociales. C'est bien une analyse des

Si les cancers peuvent toucher n'importe quelle personne, la prévalence de certains d'entre eux dans certaines catégories sociales ou professionnelles doit orienter la réflexion sur l'inégalité des catégories sociales devant la santé.

inégalités qui nous amenaient à critiquer les aspects d'une loi qui, sous couvert d'améliorer les modalités de gestion des établissements hospitaliers, privilégient une pure logique financière porteuse de risques de dérives quant à la sélection des activités et à la discrimination des patients en fonction de la rentabilité de leurs pathologies; réduisent la lutte contre les déserts médicaux à des mesures essentiellement incitatives envers les praticiens libéraux et favorisent le regroupement des établissements hospitaliers, édulcorant la question de la place des établissements de proximité, au risque d'accélérer l'apparition de véritables taches blanches territoriales de désertification sanitaire; ignorent des dérives majeures de notre système de soins, et en particulier renoncent à limiter les dépassements d'honoraires et à renforcer les dispositifs de lutte contre les pratiques discriminatoires de refus de soins.

Un débat au cœur de l'actualité

• On a beaucoup parlé, à propos de la généralisation du RSA au 1^{er} juillet dernier, de son couplage de fait avec la CMU, en particulier dans ses conséquences pour les bénéficiaires du maintien de sa partie complémentaire, la CMUC. Pourquoi? Parce que comme toute prestation distribuée sous condition de ressources, la CMU pose la question d'une part des

effets de seuil, et d'autre part du cumul avec d'autres prestations qui peuvent amener à rendre «acceptables» dans la durée, du moins en partie, des situations de pauvreté. Cela permet aux contempteurs du service public et de la protection sociale de glosier sur le statut d'assisté, sur les fraudes à l'assurance maladie et bien sûr sur le déficit de la sécurité sociale. Et d'oublier la raison majeure qui fait le succès quantitatif de la CMU et du RSA, et plus largement de tous les minima sociaux: le nombre toujours plus important de personnes qui vivent une situation de chômage, de précarité, de pauvreté.

• Enfin, l'explosion de la crise économique pose avec acuité la question de la place comparée dans différents pays des systèmes de protection sociale. Le terme économique savant de «stabilisateurs» décrit cette situation de certains pays où le couple protection sociale + service public est encore en place, malgré les coups de boutoirs des néoconservateurs depuis trente ans. Et pourtant, dans le débat public, le «trou de la sécu», c'est le maronnier du député conservateur, c'est l'occasion de dénoncer les abus, de faire montre de souci du bien public. C'est ensuite, avec une bonne dose de xénophobie latente, la pensée selon laquelle ces étrangers viennent chez nous pour profiter d'un bon niveau de protection. C'est surtout éviter de parler de ce problème du refus de soin des bénéficiaires de la CMU, qui devient une question cruciale dans certains quartiers, où l'absence de médecins est criante. C'est que voilà deux (très) rudes questions. La première: la surprésence des «pauvres» dans les services d'urgence des hôpitaux: où l'on voit que cela a sûrement

à voir avec les déserts médicaux, physiquement constatés dans certains départements, ou construits par des professionnels par le refus répété de consultations et de soins (et accessoirement par la multiplication des dépassements d'honoraires des praticiens en secteur libre...). La seconde: le système de soins en France est fondé sur un compromis: d'un côté le coût des soins est socialisé par l'assurance maladie, et de l'autre l'exercice est libéral, correspondant au revenu médical. En période de crise, cet état de tension entre ces deux pôles peut devenir une contradiction insurmontable.

En France, dresser l'état des lieux

Le livre *Inégaux face à la santé*, d'Annette Leclerc, Monique Kaminski et Thierry Lang est l'héritier d'un ouvrage majeur paru sur ce sujet en 2000 (*Les Inégalités de santé*), qui a fait œuvre de précurseur dans le domaine par la variété des sujets et la confrontation des méthodes. Selon les auteurs, «*Malgré une amélioration générale de l'état de santé de la population française, les inégalités sociales de mortalité et plus généralement de santé persistent, voire s'aggravent, dans notre pays. Il ne s'agit pas là d'inégalités naturelles fondées sur une irréductible disparité biologique entre êtres humains. Déterminées par les inégalités qui traversent globalement la société, ces inégalités sociales de santé touchent un bien fondamental et sont inacceptables d'un point de vue éthique.*» Les auteurs font référence, comme date méthodologique majeure du débat sur la construction progressive des inégalités de santé, au rapport «Black» publié en Grande-Bretagne en 1980. Ce dernier fournissait quatre grands types d'explication: «*un pur artefact statistique, un effet de sélection, une conséquence des comportements de santé et enfin les conditions matérielles de vie.*»

En ce qui concerne la santé mentale, la même méthodologie pose les questions du bouleversement du rapport salarial et de l'augmentation du nombre de travailleurs précaires, ou de personnes isolées.

Ces explications étaient présentées comme concurrentes, voire exclusives l'une de l'autre.

L'hypothèse d'un artefact statistique n'est plus tenable aujourd'hui: la grande cohérence des résultats d'études observés dans les différents pays et concernant la plupart des états de santé le prouve amplement. L'explication par la sélection postule que les inégalités sociales de santé seraient liées aux difficultés rencontrées par les individus en moins bonne santé pour suivre des études et accéder à des positions sociales favorisées. Cet effet a bien été montré mais il n'intervient que marginalement dans l'explication des inégalités sociales de santé. La troisième piste d'explication mettait en avant le poids des comportements «individuels» péjoratifs pour la santé, tels qu'une consommation excessive d'alcool, le tabagisme, l'absence d'exercice physique... Enfin, la dernière hypothèse privilégiait le rôle des conditions matérielles de vie: habitat ou pénibilité ou dangerosité des conditions de travail. Aujourd'hui, ces explications sont considérées comme complémentaires plutôt qu'antagonistes.

Une fois donc le terrain déblayé des scories politiques, on peut rentrer dans le vif du sujet. Trois grandes parties rythment l'ouvrage. La première s'intitule «Les différents âges de la vie», chronologiquement construite, qui permet donc une entrée très facile en fonction de l'intérêt du lecteur. La deuxième partie est consacrée à certaines pathologies et permet de façon extrêmement convaincante de développer les rôles spécifiques des environnements sociaux. On retiendra l'excellent chapitre sur la mortalité prématurée, ainsi que ceux sur le VIH et la santé mentale. La troisième partie est relative aux «facteurs sur lesquels on peut agir», répartie en six chapitres qu'il convient de nommer: environnement, habitat et transports; travail et

© DR

emploi; comportements; rôle des soins; les facteurs liés les uns aux autres (description des chaînes de causalité); et enfin les interventions pour réduire les inégalités de santé. Les auteurs font preuve d'un grand souci du débat démocratique. Nombre d'encadrés permettent d'acquiescer une bonne connaissance des mots du secteur. Enfin, une excellente bibliographie complète cet ouvrage.

Une complémentarité des approches

Le deuxième ouvrage, issu d'un colloque de 2007 réunissant les membres d'équipes pluridisciplinaires de plusieurs pays européens, a pour ambition d'être plus méthodologique qu'analytique. Il a été coordonné par Christophe Niewiadomski et Pierre Aïach, et certains auteurs





La loi HPST, sous couvert d'améliorer les modalités de gestion des établissements hospitaliers, privilégie une pure logique financière porteuse de risques de dérives quant à la sélection des activités et à la discrimination des patients en fonction de la rentabilité de leurs pathologies.

faisaient partie de la même équipe qui publia l'ouvrage de 2000. Centré sur les actions pour **Lutter contre les inégalités sociales de santé** – son titre –, d'emblée les auteurs annoncent la couleur : « Il y sera question de problèmes politiques, sociaux, économiques, et plus largement de "justice sociale" au sens où l'entend John Rawls », et de la « la mise en œuvre, pour lutter contre les inégalités de santé, d'une philosophie politique sensible aux questions éthiques majeures qui traversent aujourd'hui l'espace social et politique de nos sociétés contemporaines ». Le lecteur ne trouvera donc pas dans cet ouvrage, à l'inverse du premier, une description chiffrée et expliquée des inégalités de santé, mais l'explicitation des méthodologies utilisées pour mettre en corrélation des phénomènes. Ainsi, comme le dit Didier Fas-

sin : « [Les inégalités de santé] nous montrent que ce ne sont pas les progrès de la médecine qui les font évoluer mais les transformations de la société vers plus ou moins de justice sociale. Autrement dit, elles remplissent la tâche socialement la plus pertinente de la science qui est de critiquer les préjugés et de dévoiler des vérités jusqu'alors invisibles. » Il s'agit donc d'un ouvrage plus théorique que le premier. La première partie, « Inégalités sociales de santé et problèmes théoriques », est résolument pluridisciplinaire et montre combien, à la conception pathologiste du corps médical en France, répond une vision strictement épidémiologiste des études de santé, faisant ainsi son lit de la sociologie et de l'anthropologie, et bien sûr si ce n'est surtout de l'économie politique. Pourtant il ne faut pas, selon Catherine

Herbert, nier « l'intérêt et la complémentarité de leurs approches » car, dit-elle, « cet intérêt est patent devant l'explosion des maladies de civilisation, notamment chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le sida, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, les troubles de la reproduction, la dépression et d'autres pathologies mentales ». Et donc le rapprochement des disciplines est fécond « dans l'étude du lien entre l'environnement social et la survenue, la gestion et la prise en charge des pathologies physiques ou mentales ». Retenons, au cours de cette partie, la définition suivante : « Les personnes les plus vulnérables socialement cumulent les plus grands risques d'altération de la santé au cours d'une vie plus brève. »

La deuxième partie, « Les politiques et pratiques en France et en

Europe», montrent qu'à la fois les politiques publiques, mais aussi les pratiques d'acteurs du secteur de la santé, contribuent à produire des inégalités. Les auteurs, en étudiant les systèmes de santé de trois pays européens, France, Allemagne et Royaume-Uni, montrent les différences d'approches dans la lutte contre des inégalités perçues de façon fort variable.

Du côté des politiques et des pratiques

Margaret Whitehead en distingue trois : une première centrée sur les plus pauvres ; une deuxième visant à réduire la différence entre les plus déshérités et les plus favorisés ; une troisième projetant de réduire les inégalités sur l'ensemble de la population. Les choix dépendent de la conception que l'on se fait de la politique de santé, mais aussi du poids politique de certains des acteurs... Comme par exemple les médecins libéraux, très attachés à l'exercice individuel de la médecine à l'acte plutôt qu'à une conception sociale non corporatiste. En France, disent les auteurs, le choix de se concentrer sur la « lutte contre l'exclusion », qui est à l'origine de la CMU, a laissé de côté la progression des inégalités sociales. Et si le cadre budgétaire est contraignant pour les dépenses de santé, selon Pierre Aiach la lutte contre l'exclusion oppose alors les plus démunis à tous les autres considérés comme des « *inclus* », sans aucune différence. La troisième partie prend comme exemples le cancer et la santé mentale. Les auteurs montrent que dans le cas du cancer, les écarts de morbidité et de mortalité sont très accentués entre les catégories socioprofessionnelles. Selon eux, l'explication n'est pas dans les addictions personnelles, mais dans les mauvaises conditions de travail et le retard touchant, pour des raisons souvent financières, aux soins de qualité et à la prévention. En ce qui concerne la santé mentale, la même métho-



Atlas mondial de la santé. Quelles inégalités ? Quelle mondialisation ?

Zoé Vaillant et Gérard Salem, Cécile Marin (cartographie), Autrement, 2008, 79 pages.



Inégaux face à la santé. Du constat à l'action

Annette Leclerc, Monique Kaminski et Thierry Lang, La Découverte / Inserm, 2008, 297 pages.



Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles

Christophe Niewiadomski et Pierre Aiach (coordination), Presses de l'EHESP, 2008, 281 pages.

dologie pose les questions du bouleversement du rapport salarial et de l'augmentation du nombre de travailleurs précaires, ou de personnes isolées, soit tout un ensemble de personnes victimes de la « désaffiliation », au sens de Robert Castel. Ainsi on ne devrait pas concevoir les problèmes psychiques en dehors de leurs déterminants sociaux. Et comme le dit Pierre Aiach dans son texte de conclusion : « [Les inégalités de santé] constituent la preuve irréfutable que notre société est inégalitaire et injuste socialement et qu'elle est faite de classes sociales

hiérarchisées qui sont très précisément lisibles dans les données de mortalité sociale de l'Insee et de l'Inserm. »

La santé comme observatoire du monde

On connaît la qualité de la série des *Atlas* des éditions Autrement. Celui-ci, *Atlas mondial de la santé*, ne dépare pas cette collection. D'autant plus que l'on retrouve parmi les auteurs le maître d'œuvre d'un remarquable ouvrage de géographie de la santé, dont deux tomes sont parus, *Les Causes de décès* en 2000 et *Comportements et maladies* en 2006. Signalons l'introduction dont le titre est celui du présent paragraphe : « Loin d'être le résultat exclusif de prédispositions naturelles, biologiques ou génétiques individuelles ou familiales, la santé des populations enregistre et reflète les grandes mutations de l'organisation du monde et des sociétés. » Le premier chapitre décrit les « Cinq grands déterminants de la santé » (disponibilité alimentaire ; l'analphabétisme et la scolarisation ; l'hygiène, l'accès à l'eau et aux réseaux d'assainissement ; les dépenses de santé ; l'offre de soins). Si l'on avait un doute sur le rapport entre le médical, l'environnemental, le politique et le social, la démonstration est faite. Le deuxième chapitre s'interroge sur les comparaisons internationales en matière de santé : ressemblances et divergences décrivent bien un monde d'inégalités. Le troisième chapitre, assez novateur, est une prospective sur les permanences et les futurs possibles. Enfin, le quatrième chapitre, lui aussi assez nouveau dans la mesure où il se situe en dynamique, s'interroge sur les changements sanitaires en fonction des modifications des territoires locaux. Et, comme on pouvait s'y attendre, la conclusion décrit la santé comme un investissement et non, contrairement aux trop nombreuses dérives gestionnaires et comptables, comme un coût. ●