

Les inégalités sociales de santé parmi les autres inégalités économiques et sociales

Christian Baudelot, Ecole Normale Supérieure



Christian Baudelot est sociologue, aujourd'hui professeur émérite à l'Ecole Normale Supérieure et chercheur au Centre Maurice Halbwachs (CNRS, EHESS, ENS). Il a enseigné auparavant aux Universités de Lille (1967-1978) puis de Nantes (1984-1993). Chargé de mission à l'INSEE de 1978 à 1984, il a aussi enseigné à l'ENSAE pendant vingt ans (1968-1998), aux universités américaines de Yale et de New York et animé de nombreux séminaires en Chine (Shanghai, Canton, Pékin), au Japon (Tokyo, Kyoto, Osaka), en Argentine, au Brésil et à Cuba. Ses recherches portent sur les questions d'éducation, d'inégalités et de classes sociales, sur le travail et le suicide. Adeptes du travail collectif, il a publié l'essentiel de ses travaux sous forme de livres en collaboration avec son collègue et ami, Roger Establet (quarante ans de travail commun) ainsi qu'avec Michel Gollac, administrateur à l'INSEE et ses étudiant-e-s.

On m'a demandé, en tant que sociologue généraliste, de situer les inégalités sociales de santé dans le cadre des autres inégalités économiques et sociales qui frappent et caractérisent notre société. J'ai accepté de bon cœur parce que ces questions m'intéressent et je remercie vivement les organisateurs de ce colloque de m'avoir invité. Mais je me présente devant vous avec beaucoup d'humilité car je ne suis pas du tout spécialiste de la santé et suis admiratif des spectaculaires progrès des connaissances réalisés dans ce domaine, sur le plan international (le dernier rapport de l'OMS que vient de présenter M. Marmot l'atteste) comme en France. Ces données sont nouvelles, les analyses sont subtiles et fines puisque dépassant le stade des généralités, elles portent sur des pathologies précises : différents types de cancers, affections cardio-vasculaires, maladies chroniques etc.. avec souvent des perspectives diachroniques permettant de mesurer des évolutions. Les statisticiens, épidémiologistes et sociologues qui produisent ces données et ces analyses sont des virtuoses. N'ayant personnellement produit aucune connaissance objective dans ce domaine, je partirai de ce que je connais le moins mal, les inégalités sociales dans d'autres dimensions de la vie sociale, richesse, emploi, école, culture...pour essayer d'identifier la place et de caractériser le style des inégalités sociales de santé au sein du riche panorama de nos inégalités.

Trois observations s'imposent en commençant.

1. Les dimensions humaines et sociales du phénomène qui nous réunit aujourd'hui sont tragiques parce qu'il y va de la vie, de sa durée et de sa qualité. Selon qu'ils naissent pauvres ou riches, selon qu'ils sont instruits ou non, les hommes et les femmes ne se voient attribuer ni la même quantité d'existence sur cette terre, ni la même qualité d'existence. Il est important de savoir que le suicide frappe principalement les catégories sociales dont la durée de vie est déjà la plus courte, information précieuse sur la mauvaise qualité de leur existence. Le quotient ajusté de mortalité pour 1 000 à trente-cinq ans par catégorie socioprofessionnelle est bel et bien un indicateur de « l'usure physique » des membres de chaque classe. Cela dit, un fait massif doit être signalé, qui peut servir de toile de fond à tous nos débats, le niveau monte. Dès lors qu'on adopte une perspective de moyen et a fortiori de long terme, l'état de santé moyen de la population s'améliore. Cette amélioration d'ensemble n'a pas supprimé les inégalités. Il faudra se demander si ces dernières tendent à se creuser, à se déplacer sur un mode homothétique en maintenant les écarts, ou à se combler. Mais soulignons d'abord ce fait positif : l'état de santé moyen de la population générale s'améliore, du moins au regard d'un indicateur, certes grossier mais significatif, celui de l'espérance de vie qui s'allonge à chaque enquête.

2. Comparées aux autres domaines de la vie sociale marqués par les inégalités, celles de la santé frappent d'emblée par un trait très original qu'on ne retrouve nulle part ailleurs : les femmes sont devant les hommes. Le fait est assez inhabituel, exceptionnel même, pour être relevé en commençant. Puisque dans tous les autres domaines, salaires, emplois, chômage, sous-emploi, travail partiel, carrières etc..., les femmes sont les premières victimes des inégalités. Certes les filles sont meilleures à l'école que les garçons mais elles se font doubler au poteau dans les orientations finales et décisives. Même si les enquêtes montrent que leur état de santé perçu ou déclaré est de moindre qualité que celui des hommes, elles vivent plus longtemps qu'eux. D'autre part les inégalités sociales entre femmes sont moins creusées que chez les hommes. On observe la même tendance à l'école. Le fait mérite d'être souligné car pour le reste, les inégalités sociales de santé ressemblent tristement aux autres types d'inégalité : elles respectent scrupuleusement les échelons de la hiérarchie sociale.

3. Le terme d'inégalité est un opérateur pratique, puisqu'il permet grâce à la quantification des comparaisons dans l'espace et dans le temps. Conceptuellement, il présente aussi des limites. Si les uns meurent de sept à neuf ans plus tôt que les autres, c'est qu'en concentrant sur eux l'immense majorité des facteurs de risque, dans le domaine des conditions de travail en particulier, les premiers contribuent, directement ou indirectement, en délivrant les autres de ces risques, à les faire bénéficier de meilleures conditions d'existence et de travail. Bien sûr, notre société n'est ni esclavagiste, ni féodale, sociétés où les classes supérieures étaient dispensées du travail, mais le vieux proverbe « le bonheur des uns fait le malheur des autres » (et réciproquement) n'est pas dénué de toute pertinence. On y reviendra.

Une fois notées ces trois données de base, comment procéder ?

Une première tentation consiste à chercher à savoir si les inégalités dans le domaine de la santé sont plus ou moins creusées que dans d'autres secteurs de la vie sociale. Fausse piste. Les grandeurs mesurées sont souvent incomparables parce qu'elles ne s'expriment pas dans la même unité. L'espérance de vie s'exprime en années (les catégories les plus favorisées vivent de sept à neuf ans de plus que les catégories les plus vulnérables). Les écarts de richesse en euros. Le loge-

ment en mètres carrés. Les inégalités scolaires en chances d'accès à des paliers. On peut toujours essayer de trouver des mesures synthétiques en termes par exemple de rapports entre la situation des plus fortunés et celle des moins chanceux. Exemple : un rapport de 1 à 7 en matière d'espérance de vie mais de 1 à 3,5 en matière de salaires. Les écarts seraient plus creusés en matière de santé que de salaires. Même si on raffine la poudre avec les odd-ratios, le calcul est illusoire et la mesure ambiguë. Par contre comparer des tendances d'évolution au cours du temps a plus de sens. Montée, descente ou stagnation ? On s'y essaiera.

Je procéderai en trois temps en tentant de :

- a) Situer la place des inégalités sociales de santé dans les grandes chaînes de causalité. Sont-elles le produit final, l'aboutissement de tous les autres types d'inégalité ou l'un des rouages du système, contribuant à son tour à produire et reproduire d'autres inégalités ?
- b) Comparer le régime d'inégalités propre à la santé à d'autres régimes ou mécanismes en vigueur dans d'autres domaines, y compris en termes d'évolution.
- c) Confronter le régime d'inégalités de la santé à celui des inégalités sociales devant l'école. Cette confrontation est instructive car elle offre à la fois de fortes ressemblances et des différences significatives.

1. Produit final ou simple rouage du système d'inégalités ?

On peut considérer les inégalités de santé de deux façons selon le cadre des causalités qu'on privilégie. Ou bien on considère les inégalités sociales comme une chaîne de causalité linéaire, celles de la santé occupant alors la place du dernier maillon, celui du résultat final, l'ordre d'arrivée au cimetière. Ou bien on considère les inégalités sociales comme un système constitué d'éléments solidaires et interactifs, un tissu tressé, les inégalités de santé constituant alors l'un des éléments de l'ensemble, contribuant pour sa part à la reproduction du système.

Si on estime les inégalités sociales de santé comme le point ultime de la chaîne des causalités, comme le produit et le résultat, le stade suprême de toutes les autres inégalités, ce sont les choix et le bilan d'une société qu'on lit dans les tables de mortalité ou les écarts d'espérance de vie. Les inégalités sociales de santé constitueraient alors le miroir où se réfléchiraient toutes les autres en dévoilant une hiérarchie sociale réelle. C'est ce que faisait Maurice Halbwachs qui traitait la mort comme un phénomène social. Tout se passe comme si une société avait la mortalité qui lui convient, le nombre de morts et leur répartition aux différents âges traduisant l'importance que donne ou non une société à la prolongation de la vie de telle ou telle catégorie sociale. La France est l'un des pays où les écarts entre catégories sociales sont les plus forts. Les inégalités sociales s'impriment sur et dans les corps. Les tables de mortalité expriment aussi bien la violence des coups inégalement portés aux individus que l'efficacité relative des traitements de ces coups par le système de santé. Bref, on lirait dans ces tables le classement final d'une hiérarchie sociale, mesurée à l'aune de l'exposition aux risques, aux aléas de la vie et aux moyens de les conjurer.

Au cours des années 50, le clergé et les instituteurs étaient les deux catégories sociales qui battaient tous les records en matière d'espérance de vie. En tête du hit-parade de la Troisième République, -les rudes combats qu'ils se sont livrés leur a réussi ! - ces deux catégories, ont été rejointes sous la Cinquième par les bataillons pressés des cadres supérieurs, chefs d'entreprise et profes-

sions libérales. Ce sont aujourd'hui les cadres supérieurs de la fonction publique qui détiennent le ruban bleu et les ouvriers spécialisés la lanterne rouge. Le niveau social a monté ! Le même phénomène s'observe dans le domaine du suicide. Au dix-neuvième et dans les trois premiers quarts du vingtième, les catégories supérieures se suicidaient davantage qu'aujourd'hui. Moins exposées à la précarité, aux menaces de licenciement, aux conditions de travail dangereuses et d'une manière générale à la dureté de la vie, les professions situées au sommet de l'échelle sociale disposent aujourd'hui dans les grandes villes où ils vivent de conditions d'existence, de réseaux de relations, d'équipements sanitaires et de compétences pour savoir consulter avant de sombrer dans la maladie, la dépression et le désespoir. Elles jouissent aujourd'hui de conditions de vie plus sûres et plus confortables leur assurant une meilleure gestion de l'avenir et de la vie quotidienne. Les sociétés modernes ont su pourvoir leurs élites de ressources inépuisables leur permettant d'améliorer sans cesse la qualité et la durée de leurs existences. Pour elles, rien ne vaut la vie : des professions assurant de l'intérêt à leur travail, des revenus leur donnant l'accès à des biens de consommations infinis et variés, des diplômes leur ouvrant des sources nombreuses d'intérêts culturels. Pour d'autres, moins bien lotis, la mort peut au contraire être préférée à une vie d'enfer. C'est finalement un jugement de valeur qui s'exprime dans ce nombre abstrait qu'est la durée de vie humaine moyenne et dans la dispersion de ces durées selon les groupes sociaux. La norme ne se déduit pas de la moyenne mais, comme disait Canguilhem, elle se traduit dans la moyenne¹.

Il s'agit là d'un point de vue très fécond. Il en existe un autre qui part du fait que la mort des individus ne met pas fin à la vie d'une société. Les inégalités sociales survivent à la mort des personnes : elles continuent à se reproduire. Les inégalités de santé contribuant alors à créer et à reproduire à leur tour d'autres inégalités.

Qu'on les observe et les mesure dans le domaine de la richesse, des salaires ou des patrimoines, du logement, des retraites, de la consommation des biens matériels et des services, des pratiques culturelles, de l'éducation, de l'emploi et des carrières, ou de la santé, les inégalités sociales sont dans l'immense majorité des cas, cumulatives. Elles font système. Ce sont quasiment toujours les mêmes catégories qu'on trouve parmi les plus favorisées et les mêmes aussi qu'on trouve parmi les moins favorisées : ouvriers, employés, précaires, chômeurs, étrangers... C'est parce que certains sont riches, instruits, cadres assurés de la sécurité de l'emploi dont le travail ne les expose à aucune nuisance de nature à menacer leur état de santé qu'ils se portent mieux que les autres et sont assurés d'une longévité maximale. A l'inverse ce sont des personnels précaires, bouche-trous, mal payés et peu instruits, que de mauvaises conditions de travail exposent à des travaux dangereux, à l'insécurité, aux risques psycho-sociaux du travail, qui sont ceux qui consultent moins et meurent les plus jeunes, etc... Le cumul de conditions de travail et d'existence difficiles, génératrices d'angoisse et de stress et d'un recours tardif à des soins de moins bonne qualité accélère le décès prématuré d'un grand nombre d'ouvriers et d'employés à la suite de maladies cardio-vasculaires. On comprend mieux alors comment les catégories sociales les plus instruites et les plus riches, beaucoup moins exposées à des conditions de travail et d'existence précaires et stressantes, fort averties des risques et disposant d'un accès à des soins de meilleure qualité peuvent progressivement se prémunir contre ce risque par des pratiques alimentaires adaptées, un hygiène de vie et un suivi médical régulier.

1 Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 1966, PUF.

Un homme a plus de chances de décrocher un haut diplôme si son père en avait déjà un et pouvait assurer à ses enfants de bonnes conditions d'existence. Titulaire d'un haut diplôme il trouvera facilement un emploi rémunérateur qui le mettra à l'abri des poussières, des fumées et des efforts physiques génératrices d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Il pourra bénéficier de l'aide de sa famille ou de la confiance de son banquier pour solliciter un prêt qui lui permette de s'acheter un logement, appartement ou maison. Ses connaissances générales, les normes sociales de son propre milieu lui permettront de prendre soin de son corps et de sa santé en bénéficiant d'une alimentation saine, en pratiquant un sport, en évitant les matières grasses, en surveillant son cholestérol. Ses relations lui permettront de recourir aux services d'un bon généraliste et de contacter, si besoin est, les bons services hospitaliers, etc... Ses enfants, à leur tour, etc... Bref, pour lui, il pleut partout où c'est mouillé. Un bénéfice ou un avantage acquis dans un domaine –diplôme, emploi, salaire, patrimoine, - entraîne assez naturellement les autres.

Car les inégalités sociales de santé ne se bornent pas à être un résultat final, elles jouent aussi un rôle dynamique dans la reproduction des inégalités. Une bonne santé est un atout décisif pour trouver un emploi, l'exercer dans les meilleures conditions, progresser dans une carrière et s'imposer aux autres. Une personne malade pourra basculer dans la précarité et dans la pauvreté. Des parents mal portants ne pourront assurer à leurs enfants les conditions optimales au développement de leur santé. Leur mauvais état de santé se transmettra à leurs enfants, du seul fait des conditions matérielles : logement surpeuplé, alimentation défaillante, etc et du mode de vie ...

Ces deux conceptions ne sont pas antagonistes ni contradictoires.

Ces deux visions de la chaîne de causalités ou du système des inégalités donnent une place différente aux inégalités sociales de santé mais partagent en fait un postulat commun. A l'origine de toutes ces inégalités, il y a deux grands facteurs de différenciation qui exercent chacun une action spécifique et sont, selon les cas de figure, orthogonaux ou cumulatifs : le revenu et le diplôme, - le niveau d'instruction étant la variable de loin la plus discriminante - qui s'articulent selon des combinaisons différentes parmi les professions ou catégories socio professionnelles et exposent à des métiers et à des conditions de travail complètement différentes. Ce sont ces deux facteurs et leurs combinaisons qui sont à l'origine de l'immense majorité des inégalités sociales dans notre pays, dont celles de la santé.

Ainsi chez les hommes, les cancers du poumon et des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) sont les principaux contributeurs aux inégalités sociales de mortalité par cancer, avec les cancers de l'oesophage, du foie et du pancréas. Les facteurs explicatifs de cette surmortalité sont multiples : prévalence plus élevée des principaux facteurs de risque comportementaux (tabac et alcool), expositions plus fréquentes à des facteurs de risque professionnels (produits toxiques cancérigènes) et environnementaux, moindre accès aux dépistages, diagnostic plus tardif avec découverte à des stades plus avancés et donc de plus mauvais pronostic. Toutes propriétés qui dépendent par le biais de la profession exercée des deux variables de base. Des inégalités de survie, dues éventuellement à des différences de recours aux soins, pourraient également intervenir.

2. Les régimes d'inégalité.

On peut aussi chercher à caractériser le ou les régimes d'inégalités propres aux domaines de la santé par rapport aux autres régimes d'inégalités en vigueur dans notre société.

La contrainte budgétaire : inattendue dans un système social assurant grâce à la Sécurité Sociale la gratuité des soins, elle existe pourtant. Elle se lit dans les enquêtes « Budgets de famille » de l'Insee comme dans une note récente de la Drees consacrée au Renoncement aux soins pour raisons financières².

Les dépenses de santé directement payées par les ménages sont deux fois plus élevées chez les cadres supérieurs que chez les ouvriers. Elles concernent les produits et appareils thérapeutiques, les consultations externes, les frais d'hospitalisation et d'autres dépenses. Ce rapport de 1 à 2 est l'un des plus clivant dans le domaine de la consommation. Bien que portant sur des sommes moins importantes, il est du même ordre que celui qu'on observe en matière d'ameublement et d'équipement du logement et dépenses de loisirs et culture, les postes les plus clivant socialement. Quant à la part de ces dépenses dans le budget des ménages, le coefficient budgétaire, leur écart est également significatif : il s'élève à 3,3 chez les cadres mais seulement à 2,5 chez les ouvriers. Autrement dit, les ouvriers dépensent deux fois moins que les cadres pour leur santé, la part de ces dépenses dans leur budget étant aussi plus négligeable. Ici, le régime d'inégalité s'apparente à celui d'une consommation marchande limitée à la fois par le montant de la ressource et le style de vie. En montant monétaire comme en coefficient budgétaire les ouvriers dépensent plus en alcool et tabac que les cadres supérieurs (3,6 contre 1,8, le double, pour le coefficient et 931 contre 816 euros).

L'analyse des dépenses médicales donne une image significative mais déformée des consommations médicales réelles puisque l'essentiel est pris en charge par la sécurité sociale et les mutuelles. Encore faut-il préciser que les plus pauvres ne demandent pas toujours à bénéficier de la CMU, et que leurs ressources peuvent être supérieures au plafond requis pour l'affiliation. Ainsi, 22 % des individus ayant de faibles revenus n'ont pas de complémentaire santé (CMU comprise) alors que ce n'est le cas que de 7 % du reste de la population. Se soigner revient donc plus cher à ces personnes non couvertes puisqu'elles ne sont remboursées que sur la base de la sécurité sociale obligatoire qui chacun le sait rembourse de moins en moins.

Le renoncement aux soins a été étudié récemment dans une note de la Drees. Faible chez les personnes qui bénéficient d'une couverture complémentaire privée (12,6%). Il est de l'ordre d'une personne sur cinq parmi les bénéficiaires de la CMU (19,1%) et de près d'une personne sur trois parmi ceux n'ayant pas de couverture complémentaire (31,6%). Il est évidemment très lié au niveau de revenu du ménage : moins de 8% des cadres déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières contre plus de 18% des employés administratifs et des ouvriers non qualifiés et plus de 20% des employés de commerce (tableau 1, graphique 2). S'il concerne toutes les catégories sociales, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne plus fréquemment les catégories sociales modestes, en particulier celles dont les revenus dépassent de peu le seuil de la CMU. Les renoncements se concentrent sur les soins les moins bien remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, buccodentaires et lunettes. Les femmes renoncent plus fréquemment que les hommes à des soins de spécialistes : ophtalmologiste, gynécologue et dermatologue.

Ajoutons le prix des consultations. En effet, en Bretagne, seuls 3% des médecins n'exercent pas en secteur 1, cette part s'élève à 11 % en région Paca. Chantal Cases vous montrera tout à l'heure, par une carte de France l'inégale répartition sur le territoire des médecins en secteur 2.

2 *Etudes et Résultats*, n° 711, Drees, décembre 2009

- **Les transmissions.** Il existe des inégalités sociales qui se transmettent de génération en génération. Ce sont toujours les plus fortes et les plus tenaces. Le cas le plus évident est celui du patrimoine qui se transmet par héritage. C'est dans ce domaine que les écarts sont le plus creusés. Le rapport entre les 10% les mieux lotis et les 10% les plus mal lotis, qui n'est que de un à trois pour les salaires, de un à quatre pour le revenu par tête, s'élève à un à soixante-dix, voire plus, pour le patrimoine accumulé.

En va-t-il de même en matière de santé ? Oui si l'on s'en tient au vocabulaire. On parle de capital santé, qu'on recevrait à la naissance et que chacun devrait gérer au mieux de ses intérêts, arrondir si possible mais surtout ne pas dilapider. Une chose est sûre, la dotation de base, est, au départ, inégale entre groupes sociaux. En dehors des maladies génétiques, tout un ensemble de pathologies non génétiques mais liées à un mauvais état de santé se transmettent à l'embryon : tabagisme, alcoolisme, maladies sexuellement transmissibles. Plus généralement, c'est la manière de faire fructifier à l'optimum ce capital qui est transmise dès la prime enfance par les premiers soins, l'éducation à l'hygiène qui se présentent sous la forme d'injonctions non-négociables : se laver les dents avant de se coucher, prendre un bain chaque jour, consulter le pédiatre, surveiller l'alimentation, respecter les vaccinations, etc... Judo contre obésité infantile. Se joue ici, dans le cadre familial, pour la santé ce qui se produit pour l'éducation, dans le même cadre familial. L'inculcation osmotique d'une culture somatique dont les effets bénéfiques ou maléfiques s'exerceront tout au long de la vie. Et qui, comme dans le domaine de la richesse héritée, de la réussite scolaire, produiront naturellement les inégalités les plus fortes entre les milieux sociaux. Les inégalités sociales de santé se construisent dès l'enfance et même avant, puisqu'elles remontent à la génération antérieure, aux conditions de vie des parents. Dans la littérature anglo-saxonne, cette dimension est développée sous le nom de « life course », que l'on pourrait traduire par épidémiologie biographique.

- **Les tendances d'évolution.** Dans quel sens les inégalités sociales de santé évoluent-elles ? Ont-elles tendance à se creuser ou à se combler ? Il n'est pas facile de répondre unilatéralement à ces questions. Se posent en effet ici comme dans les autres champs d'inégalités sociales des problèmes de mesure. L'exemple des revenus est instructif. Les inégalités relatives de niveau de vie (après impôts et prestations sociales) ont diminué nettement dans les années 1970. Le rapport entre le revenu des 10 % les plus riches et celui des 10 % les plus pauvres est passé de 4,8 à 3,5 entre 1970 et 1985. Depuis, il stagne ou baisse légèrement. Entre 1997 et 2007, le revenu des 10 % les plus pauvres a augmenté de 15,7 % alors que celui des 5 % les plus riches progressait de 12,8 %. Résultat, le rapport entre ces revenus est passé de 4,4 à 4,28.

Si l'on raisonne en écarts absolus - en euros -, les choses sont très différentes³. Entre 1997 et 2007, alors que les 10 % les plus pauvres ont gagné 1 360 euros de plus (après inflation), les 5 % les plus aisés ont engrangé 4 900 euros supplémentaires ! L'écart de niveau de vie s'est creusé de 3 500 euros. On vit bien avec des euros et non avec des pourcentages... Les revenus des plus riches et des plus pauvres s'écartent, même si d'une façon relative ils se rapprochent.

³ Louis Maurin, *L'évolution des inégalités de revenus en France*, note publiée sur le site de L'observatoire des inégalités, le 17 novembre 2009

Il semble que le même cas de figure se rencontre en matière de santé. On lit beaucoup dans la littérature comme une tendance avérée que les écarts s'y creusent⁴.

« Malgré une amélioration globale de la santé de la population, le taux de décès des cadres a diminué plus vite que celui des ouvriers entre les années cinquante et les années quatre-vingt-dix. Les écarts de mortalité par cancer en fonction de la catégorie sociale se sont même creusés, tant pour les hommes que pour les femmes françaises au cours du dernier quart du 20^e siècle. » Or le graphique publié dans le Rapport du haut Conseil p.31 sous le titre Espérance de vie à 35 ans, des hommes et des femmes en France par catégorie socioprofessionnelle, périodes 1976-84 et 1991-99 montre au contraire un resserrement des écarts entre classes sociales entre les deux dates, tout en affirmant le contraire dans le commentaire.

Ici encore, ces contradictions s'expliquent par des différences de mesure qui ont trait à la durée qui sépare les deux bornes temporelles retenues, au périmètre de la population prise en compte (avec ou sans les précaires, avec ou sans les étrangers et les sans-papiers, avec ou sans les inactifs, France ou tous pays), à l'âge à partir duquel on évalue l'espérance de vie et surtout au type de problème de santé retenu. Toutes les dimensions des inégalités de santé n'évoluent pas au même pas, sous le rapport des inégalités. Accidents du travail, maladies cardio-vasculaires, cancers, maladies chroniques, etc... Au sein même des cancers, il en est où les écarts se creusent, d'autres où ils se réduisent. C'est le grand mérite des études contemporaines de pouvoir raisonner à un niveau très fin.

Globalement, depuis 1968, la mortalité a diminué mais certaines catégories en ont plus profité que d'autres. Pour les hommes âgés de 55 à 64 ans, les écarts de mortalité ont augmenté. Le risque de décès en sept ans est resté stable entre 1968 et 1996 pour les hommes sans diplôme. Pour ceux ayant des diplômes supérieurs, il a baissé de façon constante. Les inégalités liées au niveau d'études ont donc augmenté depuis 1968 et ce, pour les hommes comme pour les femmes. Si l'on considère les personnes qui travaillaient à la date d'un recensement, on constate que les inégalités sociales de mortalité entre catégories socioprofessionnelles sont restées sensiblement de même ampleur, ceci pour les deux sexes. Par contre si on considère la situation sociale au recensement pour l'ensemble de la population (en activité ou non au recensement), les inégalités ont nettement augmenté. Les inégalités de mortalité ont donc augmenté durant la période, du fait d'une augmentation des écarts entre les actifs qui ont un emploi rémunéré et ceux qui ne travaillent pas. Ces derniers ont une mortalité plus élevée, et sont aussi plus nombreux dans la période 1990-1996 que dans les périodes précédentes, car le chômage a augmenté et accéder à un emploi ou le conserver est devenu plus difficile.

Un bémol, toutefois. Les évaluations internationales des systèmes scolaires (Pisa) montrent qu'en France, à l'âge de 15 ans, les écarts s'accroissent entre les performances des meilleurs et celles des moins bons. Les meilleurs sont meilleurs et les faibles plus faibles et plus nombreux. Une tendance identique se retrouve en matière de logement. L'accès à la propriété est en effet de plus en plus réservé aux ménages les plus aisés, alors que les ménages les plus modestes sont de plus en plus locataires. Ce sont en effet les ménages les plus modestes qui ont connu l'augmentation la plus forte de leur taux d'effort, de 22 % en 1988 à 30 % en 2006 (avec une augmentation particulièrement forte de 3 points de pourcentage entre 2002 et 2006) mais de 15 à 18 seulement pour

4 Rapport du Haut conseil de la santé publique, décembre 2009, p 30, et Pr Jean-Pierre Grünfeld, *Recommandations pour le Plan cancer, 2009-2013*, 26 mars 2009, p.77

les plus riches. Cette forte augmentation du taux d'effort dans le bas de la distribution permet de mieux comprendre pourquoi les ménages à bas revenus sont si peu nombreux à devenir propriétaires, malgré les dispositifs d'aide (prêts aidés et aides au logement).

Ce modèle d'évolution où les pauvres deviennent plus pauvres et les riches plus riches s'applique-t-il au domaine de la santé ? On peut en douter, au vu des données disponibles. Il faut être pourtant très attentif à ce qui se passe aujourd'hui dans le domaine de l'éducation. Le niveau d'instruction étant en matière de santé la variable la plus clivante, les inégalités d'éducation d'aujourd'hui peuvent préfigurer les inégalités sociales en matière de santé de demain.

- **Les inégalités territoriales** : elles existent et sont fortes d'abord par l'offre de soins, les fortes disparités de densité médicale et d'établissements hospitaliers entre les régions. Le nombre de médecins pour 1 000 habitants, les équipements hospitaliers, la qualité des services hospitaliers, l'éventail des spécialités, les comportements des médecins, les liens entre médecine libérale et médecine hospitalière, les écarts entre médecine de pointe et médecine ordinaire, autant d'aspects de ces disparités régionales. Un seul exemple. Exemple, l'accès à la greffe : la durée de l'attente d'un greffon rénal va de moins de 4 mois à Nancy à plus de 3 ans dans la région parisienne. Les raisons en sont multiples : les écarts ne sont pas imputables au seul rapport Offre de greffons/ Nombre d'inscrits. L'activité des centres autorisés est très variable, l'information ne circule pas de façon identique dans les centres de dialyse, l'incitation est souvent absente, etc... Le domaine de la transplantation constitue un champ très fructueux pour réfléchir sur les inégalités sociales de santé et les dilemmes moraux qui leur sont associés.

L'offre de soins est une dimension du problème, ce qui l'apparente à une inégalité face aux équipements collectifs qu'on rencontre dans d'autres domaines : école, sport, culture.. Mais il en est une autre, c'est aussi l'inégale distribution des pathologies : l'incidence des cancers forme un croissant de surmortalité, allant de la Bretagne à la Lorraine, en passant par la Normandie, le Nord Pas-de-Calais, la Picardie et la Champagne-Ardenne, où les cas de cancers sont largement supérieurs à la moyenne nationale. Ces régions présentent également une sur-exposition aux différents facteurs de risques : tabac, alcool, expositions professionnelles et environnementales. Ainsi, la région Nord Pas de Calais présente les taux de cancer les plus élevés d'Europe. Ce sont aussi les régions où les taux de chômage et de suicide sont élevés. Les trois cartes – cancer, suicide, chômage – se ressemblent sans se superposer.

On a ici la preuve que les origines des inégalités sociales en matière de santé sont en grande partie extérieures au champ de la santé.

3. Un terrain privilégié de comparaison : école et santé.

On retrouve donc dans les inégalités sociales face à la santé, beaucoup de caractéristiques communes à d'autres types d'inégalités : la contrainte budgétaire, la transmission, les modèles d'évolution, etc... Rien d'étonnant à partir du moment où beaucoup des déterminants sociaux sont extérieurs au champ de la santé et que les deux variables majeures, revenu et diplôme, y exercent leurs ravages coutumiers. Il est pourtant un régime de fortes inégalités dans notre pays qui s'apparente plus que d'autres à celui des inégalités de santé. Ce régime est celui de l'éducation.

La comparaison terme à terme est riche puisqu'elle permet de cerner progressivement ce qui fait dans notre pays l'originalité des inégalités sociales de santé.

Beaucoup de traits sont communs. A commencer par cette surprise, ce scandale qu'a provoqué au début des années 60 pour l'école, plus récemment pour la santé, la publication de données statistiques objectives et de plus en plus précises sur l'ampleur des écarts entre catégories sociales. Elles sont d'autant plus perçues comme révoltantes qu'on ne les soupçonnait pas car dans les deux cas, la variable revenu était neutralisée par la gratuité de l'école et celle des soins couverts par la sécurité sociale. On est bien, ici et là, dans le domaine des consommations non-marchandes.

Dans les deux cas : deux services publics au service de deux biens collectifs qui sont à la fois des valeurs universelles, la santé et l'éducation, et des facteurs productifs. Fonctionnaires et praticiens qualifiés et instruits animés par les valeurs d'égalité et d'accès à tous. Mais pouvant parfois préférer la satisfaction d'intérêts corporatifs à l'exercice de leur mission de salut public. Deux services publics à la fois concurrents et complémentaires d'un secteur privé ou libéral. Deux services publics en proie l'un et l'autre aux réductions drastiques de leurs moyens.

Dans les deux cas, l'incidence de la catégorie sociale des élèves et des patients sur le niveau de santé ou d'instruction est la plus forte de tous les pays européens.

Dans les deux cas, l'origine des inégalités se situe largement en amont de l'entrée à l'école ou dans le cabinet médical. Les différents milieux sociaux se caractérisent par des rapports au corps et à la santé, bref par des cultures somatiques différentes. Luc Boltanski a remarquablement analysé ces dimensions dans un article publié en 1971⁵. Les paragraphes qui suivent s'en inspirent directement.

L'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps, à leur apparence physique, mais aussi à leurs sensations physiques, de plaisir ou de déplaisir, croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale. Soins corporels, soins de beauté, sports, régime, fitness, la forme, la ligne, pratiques alimentaires. Tout se passe, en effet, comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une « sélection » ou d'une « attribution » différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent. Si on refuse de « s'écouter », si on attend la dernière extrémité pour aller « voir le médecin », se « faire opérer » ou « rentrer à l'hôpital », c'est que les contraintes de la vie quotidienne, les contraintes économiques notamment, interdisent ou rendent pour le moins extrêmement difficile l'abandon des tâches quotidiennes, du travail, du travail physique que l'on exige continuellement du corps.

Pour les membres des classes populaires, la maladie est ce qui enlève sa force au malade, c'est-à-dire ce qui lui interdit de « vivre normalement » et de faire de son corps un usage (professionnel surtout) habituel et familial. A l'inverse, les membres des classes supérieures qui prêtent attention à leur corps et ont une perception plus aiguisée de ses messages, n'établissent pas une différence aussi tranchée entre l'état de santé et l'état de maladie, si bien qu'ils ont tendance à voir dans la maladie une sorte de dégradation longue et insidieuse de la santé plutôt qu'un accident soudain. Les membres des classes supérieures adoptent à l'égard de la maladie une attitude de

5 Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, (1971), 1, pp. 205-233.

prévision, soit qu'ils cherchent, dans le présent, les signes avant-coureurs de maladies qui ne se sont pas encore manifestées brutalement, soit qu'ils se soumettent à un certain nombre de règles qui visent à les préserver de l'atteinte de la maladie. Ces différences de rapports au corps entre milieux sociaux ressemblent aux différences que l'on observe dans les différences de rapport à la culture savante.

Dans les deux cas, il existe aussi des affinités électives, des connivences entre les milieux sociaux des soignants et les patients de milieux favorisés du même type qu'entre les enseignants et les élèves des mêmes milieux. Une étude de la Drees a mesuré la durée des consultations en fonction du milieu social des patients. Le résultat est clair : plus le patient est diplômé, plus la consultation dure longtemps et... inversement. La fréquence et l'intensité des relations que les malades entretiennent avec le médecin et la qualité du « colloque singulier » croissent quand diminue la distance sociale entre le médecin et son malade.

Comme à l'école, beaucoup passe ici par le langage. L'aptitude à entendre, identifier et exprimer les messages corporels varie comme l'aptitude à les verbaliser. Les sensations morbides ne s'expriment pas sans langage : la perception et l'identification des sensations morbides sont fonction du nombre et de la variété des catégories de perception du corps dont dispose le sujet, c'est-à-dire de la richesse et de la précision de son vocabulaire de la sensation et de son aptitude, à manipuler et à mémoriser les taxinomies morbides et symptomatiques. L'information médicale qui se transmet au cours de la consultation médicale est d'autant moins importante (quantitativement et qualitativement) que le malade est situé plus bas dans la hiérarchie sociale, c'est-à-dire que son aptitude à comprendre et à manier la langue savante qu'utilise le médecin et, par conséquent, ses moyens de pression sur le médecin, sont plus faibles.

Dans les deux cas, l'information sur le système, scolaire ou de santé, est inégalement distribuée. Les bonnes filières, les bons réseaux, les circuits qui permettent d'optimiser le meilleur du public et du privé sont loin d'être connus de tous.

Dans les deux cas, les membres des classes populaires sont incités, ici par les pressions culturelles de leur milieu social, là par la dureté de leurs conditions d'existence et de travail, à consommer en grande quantité les produits les plus nocifs et les plus contraires à la réussite scolaire dans un cas, à la santé dans l'autre : BD-jeux vidéo-télé d'un côté, alcool-tabac-pop-corn de l'autre. Ces conduites suicidaires font des membres des classes populaires des mauvais élèves et des patients à risque. L'étude d'un jeune économiste a montré que l'effet des campagnes sur les méfaits du tabac et de la hausse des prix du tabac sur la consommation de cigarettes est très variable selon les milieux sociaux. Elles ne déterminent de changements réels de comportement que dans les catégories instruites qui écoutent ces messages, les intériorisent et diminuent ou stoppent leur consommation. Ce n'est pas le cas parmi les classes populaires, beaucoup plus sourdes à ces messages : refusant de renoncer au tabac, elles acceptent de payer de plus en plus cher leur tabac au point de s'appauvrir en gonflant le coefficient budgétaire consacré au tabac. La hausse des prix pénalise d'abord les plus pauvres.

Les affinités sont fortes entre ces deux types d'inégalités sociales. Et pourtant, le domaine de la santé n'est pas encore devenu le champ clos des affrontements de classes qu'on observe aujourd'hui sur la scène scolaire où on est passé du régime des inégalités passives aux inégalités actives. La crise économique a persuadé chacun de l'enjeu considérable que représentait l'éducation et la détention d'un diplôme. L'éducation est donc devenue l'objet d'une compétition effré-

née entre les familles. Il faut à tout prix trouver le meilleur établissement pour ses enfants. La suppression de la carte scolaire exacerbe les stratégies individuelles et produit des effets dévastateurs par la polarisation entre les établissements : des ghettos ici, des chasses gardées là. Les établissements périphériques sont décapités de leurs meilleurs élèves. Privatisation du public, spatialisation des inégalités sociales, concentration et confiscation des meilleures ressources, concurrence, tel est aujourd'hui l'état du chantier scolaire. Les origines sociales des élèves des grandes écoles où 80 % d'entre eux sont des enfants de cadres, chefs d'entreprise et professions libérales parlent d'elles-mêmes. Il ne semble pas que ce modèle de luttes ouvertes s'applique encore stricto sensu au domaine de la santé. Cette différence n'est pas négligeable. Mais encore une fois, restons prudents : les inégalités d'aujourd'hui à l'école seront peut-être celles de la santé demain.

Bref, dans les deux cas, l'origine de l'inégalité se situe en grande partie dans les comportements des individus qui sont autant de réponses à des contraintes économiques, sociales et culturelles. Et la solution n'est pas dans la qualité de la campagne anti-tabac mais dans l'amélioration des conditions de travail et d'existence. Ces inégalités sociales se trouvent enracinées dans des contextes économiques et sociaux.

Conclusion

Comment à la suite de toutes ces comparaisons, caractériser les inégalités sociales de santé, par rapport aux autres ?

Qu'on les tienne comme le stade suprême des toutes les autres inégalités ou comme un rouage efficace de leur reproduction, les inégalités sociales de santé ont beaucoup à voir avec les autres. Mêmes déterminants d'ensemble, - revenu, diplôme, profession, localisation géographique -, mêmes formes et styles de régime : contraintes budgétaires, transmissions intergénérationnelles, tendances d'évolution.

Le niveau d'instruction semble être la variable la plus discriminante. La part attribuée aux conduites des individus y est très élevée ainsi que la qualité des relations entre les individus et les professionnels des soins.

Empruntant beaucoup de traits à tous les autres registres d'inégalité, elles ont beaucoup à voir avec celles qui sévissent dans les domaines des consommations non-marchandes et plus particulièrement de l'éducation. Contrairement aux seules inégalités de revenu ou d'emploi, elles passent en effet en grande partie par les conduites et les comportements des individus, lesquels, loin d'être libres et le produit de leur seul libre arbitre, sont au contraire déterminés par les contraintes imposées par l'environnement professionnel, social et culturel du milieu.

Comme pour l'école, le niveau d'inégalités sociales observé en France est élevé, très élevé même, plus fort en tous les cas que dans les autres pays européens et cela malgré un système de prise en charge par l'Etat de la gratuité des soins. Il semble que le modèle d'évolution observable dans le domaine de l'éducation « le niveau monte mais les écarts se creusent » s'applique aussi en partie à la santé mais, semble-t-il, avec une moindre intensité, les profils d'évolution selon les pathologies semblant beaucoup plus diversifiés. La compétition exacerbée que se livrent les familles pour placer au mieux leur progéniture dans les meilleurs établissements scolaires, compétition

qui exerce des effets désastreux sur le niveau d'éducation des enfants appartenant aux milieux les plus démunis, ne semble pas avoir d'équivalent direct en matière de santé.

Il s'agit d'inégalités tenaces, résistantes, persistantes puisqu'elles sont en grande partie l'effet d'autres inégalités sociales et économiques qui ne sont pas près de s'estomper. Il est clair que la réduction des inégalités sociales représente le meilleur levier contre les inégalités de santé.

Du point de vue des perspectives, il est clair que la tolérance croissante de nos concitoyens aux inégalités, tendance observée dans un très grand nombre d'enquêtes, de même qu'un certain nombre de mesures liées aux économies réalisées dans le service public ne vont pas favoriser la réduction de ces inégalités. Il est clair aussi qu'une connaissance plus exacte encore et plus fine de tous ces déterminants et de toutes ces formes d'inégalité sont de nature à identifier et exploiter les marges de manœuvre possibles : elles sont nombreuses.

Le dix-neuvième siècle a proclamé le droit à la maladie ; le vingtième, le droit à la santé compris comme épanouissement de la personne, mais entendu comme droit aux soins médicaux⁶. Il appartiendra au vingt et unième de veiller à ce qu'en soit bien ainsi pour tous.

Mais revenons au début. Il existe une piste de réflexion qui sera peut-être une planche de salut : les femmes ! Leur état de santé est largement meilleur que celui des hommes : comment font-elles ? Comme leur taux d'activité est quasiment identique à celui des hommes, on ne peut plus imputer le seul travail pour expliquer la surmortalité masculine. On a tous beaucoup à gagner à comprendre et à s'inspirer de tous les comportements et conduites dont elles font preuve dans leur rapport au corps.

Voilà qui donnerait un sens concret à la formule d'Aragon : « la femme est l'avenir de l'homme ».

6 Anne-Marie Moulin, « Le corps face à la médecine », in Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello, *Histoire du corps*, tome 3, Le Seuil, 2006, p.15.

