

La réduction des inégalités sociales de santé : une question divisant les médecins généralistes

La clinique moderne s'est construite sur la médicalisation du cadavre, « le corps de l'indigent mort (étant), par l'autopsie, transformé en un objet de science sur lequel l'anatomie pathologique se construit » (Pinell, 2010, p. 427). La médecine moderne, fondée sur la médecine clinique hospitalière, doit son existence aux personnes précaires. Pourtant, les médecins ont longtemps réservé leurs services aux populations pouvant financer leurs soins et c'est le changement de l'institution hospitalière, à la fin du XVIII^e et au début du XIX^e siècle, qui a permis la médicalisation des populations pauvres. Le mouvement de la réforme des hôpitaux, lié à la Révolution française, a placé les malades pauvres hospitalisés sous la responsabilité du médecin et non plus des religieux.

Quant à la médecine générale, elle n'est que récemment devenue une médecine s'occupant de l'indigent. Avec les ordonnances de 1945 et le changement des missions de l'hôpital de « l'assistance des pauvres et des vieillards » à un hôpital « toutes classes c'est-à-dire qui accueille les malades de nouvelles classes sociales » (Chauvenet, 1978, p. 10), il a été observé un transfert de compétences et la fin de l'opposition entre médecine de riches réservée à la médecine libérale et médecine d'assistance dédiée à la médecine publique. C'est « l'industrialisation de l'activité médicale » qui est à l'origine du décalage entre la déontologie consistant « à mettre en œuvre tous les moyens dont dispose le médecin pour guérir et sauver de la mort, sans prendre en considération quelque autre élément de jugement que ce soit, et l'impossibilité pratique de faire subir à tous les malades tous les examens » (*ibid.*, p. 9), faisant émerger la notion d'inégalités de santé...

Précarité et santé : des notions complexes imbriquées

La précarité, un amplificateur péjoratif pour l'état de santé

Étudier la prise en charge des personnes précaires et en saisir la complexité nécessite de faire un retour sur les liens complexes entre précarité et santé.

Parmi les nombreuses définitions de la santé, la plus consensuelle reste celle du préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) où la santé correspond à « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946, p. 100). Cette définition, très centrée sur l'absence de maladie, soulève le problème de l'objectivité des notions de « bien-être » et d'« absence de maladie » dont les définitions varient en fonction des classes sociales. Ces notions « suscitent donc, même si cela reste implicite, un conflit entre l'intérêt individuel et l'intérêt collectif au sein de groupes sociaux eux-mêmes antagonistes. [...] La position sociale, le niveau de scolarisation, la capacité à verbaliser ne sont pas ici sans effets » (Peneff, 2005, p. 45).

La charte de promotion de la santé, ou charte d'Ottawa¹ (1986), énonce les moyens nécessaires pour être en bonne santé selon la définition de l'OMS. Dans ce texte, qui fait référence dans les pays industrialisés, le lien entre santé et précarité est explicité : la précarité limite les conditions de vie (logement, alimentation, etc.) et ne permet pas à la personne d'être dans des dispositions suffisantes pour être en bonne santé. Le rapport du Haut conseil de la santé publique (HCSP) sur « la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » (Rainhorn et Gremy, 1998) précise que santé et précarité relèvent toutes deux de processus liés à des interactions combinant données sociales, faits objectifs et vécus subjectifs. Le temps étant une

1. « Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé [...] son ambition est le bien-être complet de l'individu. [...] La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. [...] La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie » (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986).

dimension essentielle de la santé comme de la précarité, ces interactions s'inscrivent dans la durée. Ce rapport montre l'impact de la précarité sur l'état de santé des personnes : la précarisation et ses conséquences sur la vie quotidienne entraînent un sentiment d'inutilité, de solitude, voire de honte ou d'une impossibilité de se projeter dans l'avenir. Ce sentiment suscite une perte d'estime de soi, un mal-être, une souffrance psychique qui peuvent être traduits par une démission sociale, voire une violence sur soi ou sur les autres, porteuses de risques accrus pour la santé. La dégradation des conditions de vie peut engendrer un « environnement quotidien peu favorable à l'épanouissement des individus et entraîne des comportements à risque et des conduites de consommation qui sont autant de facteurs péjoratifs pour le maintien d'un bon état de santé » (*ibid.*, p. X).

Selon cette approche pluridimensionnelle, il est nécessaire d'investir sur sa santé pour s'assurer du meilleur état de santé possible. Pour ce faire, il peut être demandé « un ascétisme modéré, un renoncement momentané à certains plaisirs ou activités pour s'assurer d'un bien futur » (Peneff, 2005, p. 46). Encore faut-il être capable de projeter dans le temps l'usage de soi. Or, l'idée même d'un corps « sain » ou d'une santé « normale » varie selon le groupe ou la classe desquels on se prévaut : dans le nord de la France par exemple, lieu de cette recherche, certains parents considèrent que leur enfant est « normal » alors que l'indice de masse corporelle montre une obésité ; il s'agit pour eux d'un « beau bébé bien portant ». Une partie de la population considère encore que la bière, « ce n'est pas de l'alcool », que les pommes de terre « ce sont des légumes » plutôt que des féculents, etc. Ces représentations varient en fonction du groupe auquel le patient appartient et induisent des comportements à risque pour la santé. Mais pour évaluer le coût d'un aménagement de son propre comportement dans le sens d'une privation, même relative, « chaque fraction sociale intègre certainement les probabilités de mortalité et fait ainsi des paris sur les satisfactions présentes ou capitalisées ; d'où les divergences dans les définitions des excès, des addictions, des comportements à risque dans le sport, l'alimentation, le style de vie (s'économiser ou se dépenser, consommer ou durer) » (*ibid.*, p. 46). La santé comme la précarité sont des notions liées à nos représentations de l'ordre social. Si la précarité n'est pas une maladie, elle va néanmoins agir, *via* les effets du niveau socio-économique, de l'environnement et des comportements, comme un « amplificateur » négatif de l'état de santé, au sens épidémiologique, en augmentant la fréquence et/ou la gravité des états pathologiques.

Précarité et santé étant entremêlées du fait de l'imbrication de ces phénomènes biologiques et sociaux, la sociologie, avec notamment Pagam (1993), propose de réfléchir en termes de causalité de chaîne

pour expliquer les états de santé : la précarité entraîne souvent un déni du corps, une non-maîtrise de la complexité de la démarche de soins ou une méconnaissance des droits, qui induisent une expression de la demande dans l'urgence où les pathologies sont présentées à des états avancés de leur développement. S'il n'y a pas de pathologie spécifique de la précarité, il existe bien des recours aux soins tardifs et des pathologies surreprésentées. Au-delà des seuls facteurs de risque spécifiques des maladies (hérédité, alcool, tabac, etc.), Paugam (1993) a identifié des facteurs de risque non spécifiques, liés au niveau social :

- l'absence d'autonomie dans son travail ;
- le sentiment de ne pas utiliser toutes ses compétences ;
- le sentiment de ne pas recevoir l'estime méritée ;
- l'absence d'estime de soi ;
- le sentiment de dévalorisation personnelle.

De plus, la cohorte de Whitehall² a démontré que le vécu de sa position professionnelle et de sa position sociale est en lui-même un déterminant fort, positif ou négatif, de la santé (et en particulier de l'apparition de maladies organiques graves). La notion de précarité au travail est une dimension essentielle dans les facteurs de risque non spécifiques liés à la maladie.

La variabilité des états de santé ne se limite pas à un problème d'inégalité entre catégories socioprofessionnelles ou à une prise en compte de la dimension travail dans le cadre des consultations médicales et il est intéressant de rompre avec la notion d'inégalités sociales de santé au profit du « modelage de la santé par la position sociale » proposée par McIntyre (cité par Adam et Herzlich, 1994) qui permet d'intégrer l'ensemble des éléments définissant la position sociale d'un individu dans la société (sexe, origine géographique avec la culture qui lui est associée, lieu de résidence, statut familial, formation, statut dans l'emploi) et qui peuvent intervenir dans la construction des inégalités de santé.

Pour ces raisons, cette étude s'est attachée à observer si les médecins se concentraient exclusivement sur les facteurs de risque biomédicaux ou sur la position sociale du patient, pour le prendre en charge.

2. La cohorte de Whitehall, ou « *Stress & Health Study* », cohorte la plus ancienne (constituée entre 1967 et 1969) et mondialement réputée, incluait 19 015 Britanniques fonctionnaires âgés de 40 à 69 ans. Leur mortalité a été suivie jusqu'en 1987.