

Entretien avec Pierre Aiach, sociologue



Que peut-on encore attendre de la recherche en matière d'inégalités sociales de santé aujourd'hui ?

La recherche scientifique a pour but d'apporter de la clarté et d'atteindre une certaine vérité. Ce n'est pas toujours le cas, on peut se tromper, et les chercheurs sont soumis, comme les autres individus, à des pressions, qui peuvent être très directes ou idéologiques. Tout dépend quel a été leur cheminement : la façon d'aborder une question dépend de son histoire personnelle et du désir d'approfondir ou pas et de se soumettre ou pas à certaines idées dominantes y compris en sociologie. La sociologie s'est très peu investie sur cette question des inégalités sociales de santé, alors qu'elle s'est beaucoup investie, du temps de Bourdieu, Passeron par exemple, sur les inégalités en matière d'éducation et sur la reproduction sociale, ce qui est certes important. Les rares sociologues engagés sur cette question des inégalités de santé se situent à pour la plupart à l'étranger, en particulier en Grande Bretagne où il y a une certaine symbiose des chercheurs en sciences sociales et en épidémiologie.

Qu'entend-on par déterminants et facteurs d'inégalités sociales de santé ?

Un facteur peut contribuer à la détermination de la production des inégalités de santé. Les épidémiologistes parlent de facteurs de risque; le tabac, l'alcool, l'alimentation sont supposés avoir un effet sur la santé donc avoir éventuellement un effet sur la production des inégalités de santé. Les déterminants, ce sont les facteurs réels qui interviennent dans la production des inégalités sociales de santé, en termes de facteurs de risque ou en termes d'autres facteurs. Il y a des facteurs de risque qui font partie du vocabulaire et de l'approche épidémiologique, mais il y a des facteurs dont on ne tient pas compte. C'est vrai que les conditions de travail sont un facteur de risque

important alors Est-ce qu'il est toujours mis en avant ? le plus souvent non, ou tout du moins pas suffisamment. Donc là, ce n'est pas le fait de nommer le facteur qui pose problème, c'est l'évaluer, lui attribuer un poids. Tout cela se fait en fonction des pathologies ; le cancer est la cause principale de mortalité pour les hommes et c'est aussi le facteur principal dans la production des inégalités de santé ; c'est une part très importante, près de 40% des décès 45-65 ans. Les conditions de travail interviennent très fortement alors qu'on évoque essentiellement les comportements en termes de nutrition, de facteurs de risque tels l'alcool, le tabac mais on oublie ou on minimise le reste.

Vous nous avez dit tout à l'heure que la santé est une préoccupation des gens riches, pour dire les choses simplement, comment expliquez-vous ce phénomène ?

Ça peut être évidemment une préoccupation pour tous, mais c'est une préoccupation dans l'ordre des urgences qui arrive en deuxième, troisième, dernière position pour les populations les plus défavorisées. C'est avant tout une question de survie, lorsque vous êtes menacé dans votre vie de tous les jours, si vous n'avez pas à manger, ce n'est pas le fait d'aller voir un médecin qui va vous donner à manger. C'est aussi bien le cas des SDF ou d'autres personnes, c'est pour ça que l'on ne comprend pas la façon dont se comporte certaines populations, si l'on n'arrive pas à analyser la façon dont elles vivent, et comment elles appréhendent leur vie. En fait, la santé est une abstraction, la définition de l'OMS est complètement idéologique puisqu'il y est question de complet bien-être psychologique, physique et social, en plus de ne pas avoir de maladie. La santé, lorsqu'on interroge les gens les plus pauvres, c'est le plus souvent « ne pas avoir de maladie ». Plus vous montez dans l'échelle sociale, plus les définitions sont abstraites voire sophistiquées, reprenant parfois celle de l'OMS qui est totalement idéologisée, alors que la maladie c'est quelque chose qui existe, qui est mesurable, qui a des effets et dont on peut donner une définition scientifique.

Vous rappelez que les différences de consommation médicale ne suffisent pas à expliquer les inégalités sociales de santé, pourquoi ?

Ça peut jouer très fortement dans les déserts médicaux ou dans les pays où il n'y a rien ; là effectivement le fait de pouvoir avoir accès

à un minimum de services médicaux, aux médicaments joue un rôle important ; quand il n'y a pas de médicaments, de vaccinations on meurt davantage. Mais ce n'est pas le cas pour la plupart des gens dans notre société, car ils ont accès, même les plus pauvres, même si cela leur pose beaucoup plus de problèmes sur le plan social, familial et financier, ils ont quand même accès aux soins. L'inégalité en termes de mortalité, qui est pour moi le meilleur indicateur, n'est pas liée de façon directe et essentielle à l'accès aux soins, elle est liée aux conditions de vie et aux modes de vie qui leur sont associés. Les modes de vie, la façon de vivre, le logement. Les conditions de travail, ce que vous apporte votre vie professionnelle, les rituels sociaux aussi interviennent dans le fait de boire ou fumer par exemple. Ce n'est pas seulement une question de plaisir, c'est presque une nécessité sociale. Et puis mettre uniquement l'accent sur ces facteurs de risque est assez indécent parce que ce n'est pas là que se situe véritablement l'essentiel dans la production des inégalités même s'ils y contribuent. On ne parle que de l'alcool et du tabac et on oublie tout le reste.

Est ce que cela renforce la difficulté de mesurer ces inégalités ?

Non, il suffit de se baser sur les statistiques de mortalité de l'Insee et de l'Inserm, pour moi la mortalité est de loin le meilleur indicateur. Pourquoi aller chercher ailleurs ? On peut aller chercher aussi dans la morbidité, parce qu'il y a aussi des pathologies qui ne sont pas « gravissimes », qui ne sont pas mortelles et où il peut y avoir des différences sociales. Mais plus vous vous situez dans un domaine qui n'est pas vital, plus vous êtes dans un domaine où justement l'inégalité n'existe pas, où au contraire, il y a davantage par exemple de déclarations de troubles et de maladies dans les catégories socialement élevées ou chez les femmes par rapport aux hommes ; mais ces troubles ne conduisent pas à la mort, il s'agit par exemple d'états dépressifs, de troubles divers et variés, ce n'est pas là où se traduit l'essentiel des inégalités sociales de santé face à la mort.

Les inégalités s'inscrivent dans les corps, comment peut-on dissocier ce qui relève de biologique et ce qui relève du social ?

C'est à dire que le biologique est un support, c'est à travers le biologique que les inégalités sociales s'inscrivent. Les nuisances inhalées dans le cadre du travail d'un mineur ou

d'ouvriers métallurgistes, passent par le corps. Après, il y a des questions plus complexes : il y a un capital santé qui est donné au départ, qui est égal dans les catégories sociales, avec dans toutes les catégories des différences individuelles, mais il n'y a pas d'écart. Ce capital santé va se détériorer normalement en fonction du vieillissement avec un terme qui est prévu pour tout le monde, de façon différentielle en fonction des conditions de vie et de travail en particulier et des modes de vie associés. Et tout cela a des effets qui varient, c'est à dire que lorsqu'un facteur de risque supplémentaire arrive, il produit des effets d'autant plus grands que l'état de santé est mauvais et que l'individu est vulnérable. Et cela joue aussi sur le plan social : si l'individu est vulnérable, en cas de chômage par exemple. Le fait d'être chômeur multiplie par 2,5 le taux de mortalité, c'est l'effet multiplicateur qui va jouer : selon que vous descendez l'échelle sociale, il est plus ou moins fort, il est de 2 et demi pour la moyenne, il est 1 pour les cadres et 3 pour les ouvriers. Et si vous redoublez, comme l'a fait une chercheuse à l'Insee, à des moments différents, pour les mêmes individus la présence du chômage, ça surmultiplie encore le risque de mortalité. Le fait d'avoir été chômeur deux fois à des moments différents multiplie par 5 ou 10 le risque de mortalité. Après il faut voir dans le détail comment se manifeste cet effet, c'est pour ça qu'il faut étudier dans le détail des causes, parce que il y a différents facteurs selon les causes. C'est finalement dans le corps que les inégalités sociales s'inscrivent. Il ne s'agit pas d'inégalités de revenus, de patrimoine, d'instruction, ce sont des inégalités très particulières. Elles ont des limites, alors que le patrimoine peut avoir des différences énormes entre les groupes sociaux. En matière de santé, tout à l'heure il a été dit que 7 ans en espérance vie c'était énorme mais on n'aura pas 20 ans ou 30 ans de différence. Ou alors on a affaire à une situation très particulière ! Oui 7 ans c'est beaucoup, compte tenu du fait que le biologique est un obstacle, qui freine l'effet du social. Ce n'est pas parce que vous êtes 10 fois plus riche que vous allez avoir 10 fois plus de chance de vivre plus longtemps que celui qui n'est pas riche. Dans une certaine mesure c'est difficile à apprécier 7 ans, c'est à la fois beaucoup mais en même temps ça ne peut pas se multiplier à l'infini.

Peut-on parler d'inégalités face à la prévention est-ce qu'elles renforcent les inégalités en matière de santé ?

Ce n'est pas les inégalités face à la prévention, c'est plutôt est-ce que la prévention conduit à une réduction des inégalités ? Le plus souvent non, mais il ne s'agit pas simplement des mesures préventives prises par les pouvoirs publics, il s'agit de prévention en fonction d'un processus social qui est permanent,

en relation avec la « santéisation » du corps social. C'est à dire que l'obsession de la santé partout fait que les gens sont incités d'une part à se soigner et à prévenir la maladie et à vivre le plus vieux possible. C'est devenu une obsession et la valeur santé est devenue la valeur première et fondamentale de notre société. Ce n'est pas la prévention institutionnelle mais la prévention générale, c'est à dire agir pour se préserver. Il se trouve que l'on observe, dans l'évolution des statistiques des maladies cardiovasculaires, une baisse considérable de la mortalité pour les maladies cardiovasculaires des cadres supérieurs mais très faibles pour les ouvriers-employés. Alors à quoi cela est dû ? Les maladies cardiovasculaires baissent et l'espérance de vie augmente. On est dans une situation générale où l'espérance générale de vie augmente mais où les inégalités tendent aux extrêmes à s'étendre, à s'agrandir, mais cela aux extrêmes, au milieu on observe plutôt un regroupement.

Voilà un exemple qui montre que l'amélioration de l'état de santé conduit à une augmentation de l'écart. Est ce qu'on peut accepter, surtout si on n'est pas « victime », une telle situation ?

Je pense que c'est difficile de dire non : il ne faut pas de prévention par ce que ça va conduire à une augmentation des inégalités. Mais il faut comprendre pourquoi cela se passe comme ça et après faire en sorte que les catégories en bas de l'échelle sociale aient accès une prévention, qui leur soit possible, compte tenu de leurs conditions de vie et de travail, du chômage qui est différentiel. Ce qu'il faudrait c'est diminuer les inégalités économiques et sociales avant les inégalités de santé. C'est là la clé. Les inégalités de santé ne sont pas plus scandaleuses que les autres, elles sont le produit des autres inégalités sociales ; elles montrent qu'il y a des inégalités sociales, elles indiquent le degré d'injustice sociale à l'intérieur d'un pays, c'est une mesure synthétiques. Les autres sont peut être même plus scandaleuses, le fait de ne pas avoir de logement, ou de vivre avec un minimum de revenus, qui ne vous permet pas de manger à votre faim, de jouir de la vie : est ce que ce n'est pas plus scandaleux que de mourir moins vieux ? Je ne sais pas ! C'est une question philosophique.

Est ce qu'on peut parler de fracture sanitaire ?

Personnellement, je n'utilise pas beaucoup ce terme qui n'est pas très bourdieusien, c'est un terme courant, facile comme le terme de crise. Ce qu'on sous-entend, c'est qu'il y a des différences selon qu'on habite tel endroit plutôt qu'un autre, et ça c'est vrai.

En général, ça va de pair avec, quand même, une situation modeste de ceux qui font partie de ces déserts médicaux. Et encore il faudrait voir ça de plus près. On supprime certaines maternités, certains services de santé, parce que ça ne répond pas aux normes financières de rentabilité etc. C'est là où on devrait réfléchir, est ce que c'est la norme financière, est ce que c'est le profit finalement qui doit dominer ou c'est le bien de la population ? C'est la même chose pour le domaine scolaire, le fait de garder une école ou une classe. Des écoles, on en a fermées, les gens sont obligés d'aller faire 20 ou 30km, alors on a organisé ça, on peut améliorer effectivement. Il y a une situation de concurrence financière qui fait que ça se traduit comme ça mais je pense que ce n'est pas la question des inégalités. Là, on tombe dans un problème spécifique qui est lié à l'histoire urbaine, et au fait qu'il y a des zones qui d'ailleurs sont repeuplées. J'ai vu ça en Grèce où au lieu de vivre mal en ville, on préfère vivre autrement, dans des zones où il n'y a personne, et où on vit un peu à la façon d'avant. Après mai 68 on a connu ça, ça peut être valable pour quelques uns. En même temps, ça fait réfléchir sur qu'est-ce qui compte, qu'est-ce qui est important ? C'est un mode de survie, il faut bien vivre et survivre. L'histoire des déserts médicaux, alors oui on fait appel à des médecins étrangers, on leur offre des avantages, mais c'est aussi l'égoïsme des jeunes médecins, qui s'en vont et qui ne veulent pas aller dans certains endroits. Moi je suis pour un service de médecine de quelques années au moins dans des zones comme ça, qui serait intéressant pour les jeunes médecins parce qu'ils ont des avantages en termes de logement et en terme social de compréhension des problèmes d'une population donnée. Mais ça c'est lié fortement, je pense, à l'origine sociale des médecins qui est une des plus élevées avec celle des pharmaciens et à la féminisation. Il y a le rôle du mari, qui est un cadre, qui gagne bien sa vie, et donc la pratique de la médecine est moins importante, on a plus de temps partiel, et donc je pense que ça peut jouer dans ce sens là sans que ça soit péjoratif envers les femmes. Il faut voir le couple, ce qu'il gagne, l'intérêt qu'il a à gagner plus ou pas à faire des remplacements, dans le système actuel qui est difficile pour un médecin généraliste, qui est assez pénible étant donné les contraintes administratives et financières.