

Les déterminants économiques : *d'abord une question d'argent...*

Souvent présenté comme un des meilleurs et un des plus efficaces au monde, le système de santé français jouit d'une renommée qui, au regard des faits, n'est pas toujours en concordance avec ce que la réalité laisse à observer. Il semble que l'illusion des mêmes soins pour tous a tendance à masquer le fonctionnement à plusieurs vitesses d'un système qui offre et qui garantit d'abord une prise en charge de qualité aux individus qui peuvent payer. Les inégalités de recours aux soins s'expliquent donc, dans un premier temps, par le coût monétaire engendré par ceux-ci.

L'extension de la couverture maladie de base (Sécurité sociale) à la majeure partie de la population a certes pu donner l'impression de la disparition progressive des inégalités d'ordre économique. Toutefois on a rapidement constaté les effets inégalitaires de l'augmentation des sommes restant à la charge des ménages (particulièrement pour les soins ambulatoires sous la forme de tickets modérateurs croissants, de dépassement d'honoraires en « secteur 2 » ou de déremboursements pharmaceutiques).⁴ Des dispositifs correctifs, reposant sur un renforcement de l'accueil des plus défavorisés dans les hôpitaux, afin de « corriger » l'accès inégalitaire aux soins, furent mis en place après 1998.

Puis sera instituée, en 2000, la Couverture maladie universelle (CMU), qui jusqu'à maintenant assure un accès gratuit aux soins pour toutes les personnes dont le revenu est inférieur à un certain seuil.⁵ Bien que cette mesure sociale, on en conviendra, permette aux plus démunis d'épargner un surcroît de dépenses dans un budget déjà entamé de toute part par le coût de la vie quotidienne, la réalité a plutôt tendance à déconstruire le mythe de l'entière gratuité des soins car elle révèle que l'instauration de la CMU conserve une action somme toute limitée sur les inégalités d'accès à la prévention et aux soins. Les raisons sont de plusieurs ordres.

Il faut d'abord prendre en considération le fait que pour le patient, être obligé de payer de sa poche l'avance du coût des actes médicaux et des médicaments avant de pouvoir se les faire

⁴ Cf. « *L'état des inégalités en France 2009* », *op. cit.*, p. 246 (art. portant sur « *la redécouverte des inégalités sociales en matière de santé* »).

⁵ Pour bénéficier de la CMU il faut disposer d'un revenu inférieur à 606 euros par mois (pour une personne seule). 4,5 millions de personnes, dont une plus forte majorité de jeunes et de femmes que dans le reste de la population (place des familles monoparentales), bénéficient aujourd'hui de la CMU (*Ibid.*).

rembourser par l'assurance maladie, tout comme le maintien d'un ticket modérateur⁶ (à l'exception des bénéficiaires de la CMU Complémentaire et pour certains types de soins ou d'affection de longue durée), peut dissuader certains malades d'entamer une démarche de soins. D'autant qu'on enregistrerait, suite à la mise en place de la CMU, certaines pratiques discriminatoires de la part de médecins spécialistes qui refusent de soigner certains bénéficiaires de cette couverture maladie, pour des questions d'honoraires...⁷

Un autre problème se pose également : la question de l'accès aux soins pour les populations dont les revenus sont justes supérieurs au seuil CMU. Ces hommes et ses femmes qui, en somme, sont *trop riches* pour bénéficier de ce type d'aide mais qui, se contentant généralement d'un SMIC, sont *trop pauvres* pour être en mesure de s'offrir une complémentaire santé. La possession d'une assurance complémentaire demeure donc inégalement répartie, puisqu'en 2008, 19 % des ménages les plus modestes ne sont pas couverts par une complémentaire santé contre 4 % des plus aisés.⁸ Ces chiffres reflètent bien le syndrome du *travailleur pauvre*, ces personnes précaires, exerçant des emplois peu qualifiés, mais encore insérées. Elles travaillent, ont un petit revenu, un logis, des liens sociaux pas encore délités, sont encore intégrées et retenues par les filets de la société qui garantissent un minimum de sécurité et de protection sociale, mais il leur est de plus en plus compliqué d'avoir recours à la médecine, notamment spécialisée, lorsque c'est nécessaire.

Les difficultés pour participer à l'avance des frais médicaux, les refus de CMU – dans certains cas - et l'impossibilité de se payer une mutuelle complémentaire obligent parfois les populations les plus modestes à négliger leur état de santé, simplement parce qu'ils renoncent – pour des raisons financières - à se soigner *avant* (prévention), *pendant* (soins) et après la *maladie* (suivi). En 2004, après qu'aient été mises en place la CMU et la CMUC, 13 % des personnes ont déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Quant à celles qui n'étaient pas couvertes par une assurance maladie complémentaire, la proportion s'élevait à 28 %.⁹ L'Irdes (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) constate de son côté un renoncement croissant, depuis plusieurs années, à l'accès aux soins dans certains secteurs (lunetterie, dentisterie, biens médicaux et soins ambulatoires pour

⁶ Part du coût qui reste au patient.

⁷ Cf. Observatoire des inégalités, « *l'inégal accès à la complémentaire santé* », art. du 25/12/2008 (site officiel, internet)

⁸ *Ibid.*

⁹ Cf. C. Allonier, T. Debrand, V. Lucas-Gabrielli, A. Pierre, « *Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles* », Questions d'économie de la santé, n° 117, Irds, Paris, janvier 2007.

dépassement d'honoraires). Alors que le taux de renoncement aux soins avoisine les 25 % pour les personnes dont le revenu mensuel est inférieur à 500 euros, il n'est que de 15 % pour celles dont le revenu est supérieur à 1000 euros¹⁰ (d'où report sur les urgences pour les personnes qui sont dans l'incapacité de payer la part qui est à leur charge...).

Mais bien souvent, quelques exemples valent mieux que de longues démonstrations chiffrées¹¹. Pour rendre plus parlants ces données, arrêtons nous donc sur quelques cas concrets de patients parfois trop pauvres pour se soigner.¹²

« M. A., 39 ans, est suivi pour un *cancer du poumon* opéré en 2006. Il a une paupière tombante postopératoire qu'il faudrait opérer. Il a la CMUC, il gagne donc moins de 621 euros par mois. Le chirurgien ophtalmo qui le voit ne « *prend pas la CMU* ». M. A. paye donc 80 euros la consultation. Il renonce à la prise en charge de ce problème pourtant bien invalidant. »

« Mlle T. a une *perforation du tympan*, elle travaille, au smic. Le médecin l'a adressée à un ORL, qui l'a envoyée à un confrère qui a reconstruit son tympan en juillet 2007. Elle a payé un dépassement d'honoraires de 700 euros pour le chirurgien et de 300 euros pour l'anesthésiste. Depuis, elle a dû revoir deux fois le chirurgien, car son oreille coule et est douloureuse. Chaque consultation lui a coûté 80 euros. Elle vient revoir le médecin car elle a très mal et ne peut plus retourner voir le chirurgien : elle n'a plus d'argent... »

« M. H., 49 ans, a longtemps vécu dans la rue : il s'en est sorti, travaille et à un logement. Il a un antécédent de tuberculose. Il vient consulter car il tousse depuis des semaines et il maigrit. Le médecin lui demande de faire une radio pulmonaire. Plusieurs semaines ont passées. Il tousse toujours, mais il n'a pas fait sa radio : il n'a pas pour le moment l'argent pour la radio (environ 30 euros) ni pour le ticket modérateur de la radio (10 euros). Il la fera plus tard. »

¹⁰ « *Questions d'économie de la santé* », Irds n° 100, novembre 2005.

¹¹ Comme disait M. Mauss, parfois, « *l'analyse d'un cas défini peut, mieux que des observations accumulées (...), suffire à prouver une loi d'une extrême généralité.* » (cf. M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*, P.U.F., 1950, 8^{ème} édition Quadrige, 1999, p. 475)

¹² Les cas que nous allons évoquer sont extraits d'un court document, intitulé « *Histoires de consultations* », rédigé par M. Denantes et M. Chevillard, qui exercent la médecine générale sur les hauteurs de Belleville (Paris, 20^{ème} arr.), en plein quartier populaire. Ce rapport en dit long sur les difficultés d'accès aux soins que rencontrent un nombre croissant de patients. Malades chroniques qui renoncent à des examens supplémentaires, patients qui ne peuvent payer leurs consultations, hommes et femmes pour qui chaque euro compte. Bien que ce ne soit pas légal pour les généralistes, les deux médecins appliquent souvent le tiers payant à ces patients, pour qu'ils n'aient pas à rembourser l'assurance-maladie sur une consultation de 22 euros (moins 1 euro de forfait). Malgré cela, certains malades n'arrivent même pas à payer les 6,60 euros restants. Les deux généralistes font donc régulièrement des consultations gratuites... (Pour en savoir plus : v. *Le Monde*, 23/04/2009).

« M. G., 66 ans, vit avec le minimum vieillesse (633, 12 euros fin 2008). Il n'a donc pas droit à la CMUC. Le médecin le connaît depuis longtemps, une assistante sociale lui demande s'il peut recevoir M. G. car ce dernier ne peut pas payer les 22 euros de la consultation et à besoin en urgence d'un certificat médical pour une demande de foyer de résidence. En consultation, il apparaît amaigri, fatigué, le médecin aimerait qu'il fasse un bilan sanguin en urgence : il ne peut pas payer le ticket modérateur de ce bilan. »

Mme T., 64 ans, diabétique de découverte récente, suivie par un interne stagiaire. Le médecin et son stagiaire ont peiné à obtenir les premiers examens biologiques nécessaires au diagnostic de diabète, mais, à peine la prise en charge en affection de longue durée (ALD, remboursée à 100 %) a-t-elle été obtenue que la patiente suit parfaitement son traitement. Elle a été mise sous insuline. Elle surveille bien sa glycémie, l'équilibre diabétique est satisfaisant, les rendez-vous organisés et honorés. Devant une hypothyroïdie, une imagerie et un bilan biologique avec dosage des anticorps sont demandés, hors protocole ALD. Melle T. ne fait pas les examens sans donner au médecin des explications ! Une consultation attentive sur ce problème, après plusieurs mois de prise en charge dans la confiance et l'observance, a permis au médecin de comprendre : la patiente n'a pas de mutuelle, son budget est serré, elle ne peut financer le ticket modérateur des examens demandés. »

« M. C., 55 ans, est bénéficiaire de la CMUC depuis peu de temps. Il raconte avec beaucoup d'émotions comment, devant une salle d'attente pleine de monde, il a été renvoyé d'un cabinet de radiologie lorsqu'il a tendu au secrétariat son attestation CMUC. Le médecin, attentif au problème de son patient, lui propose de signaler ce dysfonctionnement à l'ordre des médecins et à l'assurance-maladie. Il refuse immédiatement en rétorquant qu'il craint que cela n'aboutisse à un retrait de sa CMUC. Aucun argument ne vient à bout de sa crainte, il regrette même de s'être confessé sur cet épisode. »

2 - Les déterminants géographiques : le problème des « déserts médicaux »

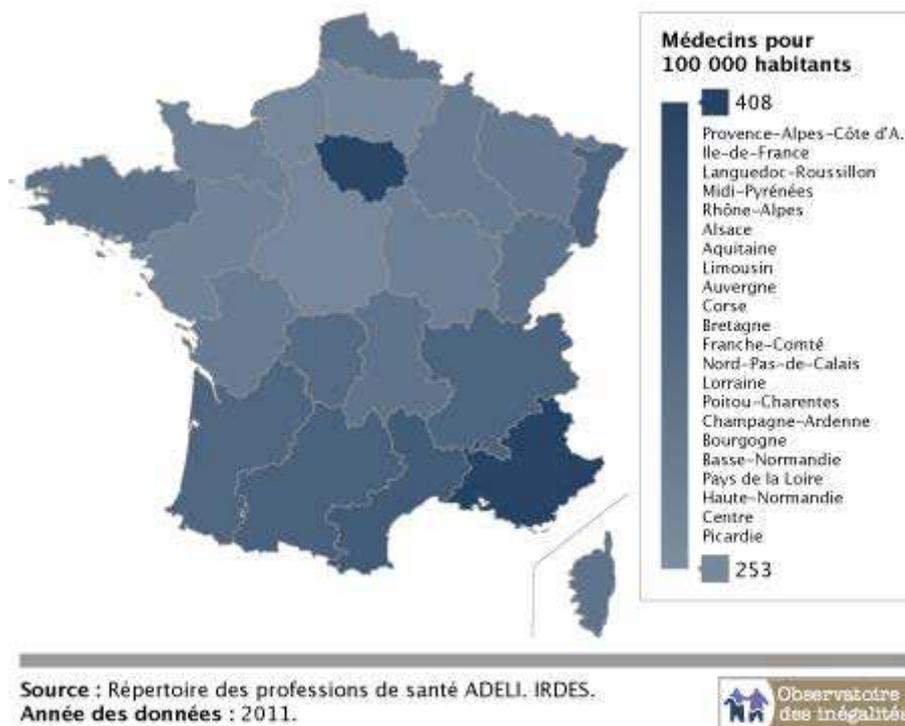
Tout malade aura plus de facilités pour se soigner, bénéficiera d'un meilleur suivi – plus régulier – de sa pathologie s'il vit à proximité des équipements et des services médicaux¹³. Ceci est vrai non seulement du point de vue de la démarche curative mais également du point de vue de la démarche préventive en matière de santé (visites de contrôle chez les généralistes ou les spécialistes, structures spécialisées, dépistages, etc...). Car on imagine bien que la distance géographique qui sépare certaines franges de la population du monde médical n'incite pas toujours, par manque de commodité, les individus à recourir – lorsque nécessaire - à la consommation médicale.

Les zones sous-médicalisées

Les zones *sous-médicalisées* – appelées aussi « déserts médicaux » - reflètent bien le problème de la répartition géographique inégale des équipements et des services médicaux dans notre pays. Ces portions de territoire plus ou moins abandonnées par le monde de la santé se reconnaissent par une densité médicale qui demeure inférieure de 30 % à la moyenne nationale ; en outre, l'activité des médecins qui y exercent est supérieure de 30 % à celle de leurs confrères hors zone. Prenons le temps de donner quelques chiffres.

En France, les zones sous-médicalisées regroupent 4 % de la population (2 566 000 habitants), 12 % des communes (4 422) et 3 % des médecins généralistes (1 571). Selon les projections de la *DREES* (Direction de la recherche, des études et des statistiques), basées sur l'hypothèse d'un *numerus clausus* à 7 000 places dès 2006, le nombre de médecins en exercice devrait passer de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025. Si l'on tient compte de l'accroissement de la population, la densité médicale passerait ainsi de 335 *médecins pour 100 000 habitants en 2002* à 283 *en 2025*.

¹³ Nous précisons bien *faciliter* dans la démarche de soins (curatifs comme préventifs), tant le revenu et le niveau d'instruction (à considérer) apparaissent déterminants dans l'inégal recours aux soins. Il ne suffit pas, de toute évidence, d'avoir des services médicaux à proximité pour *pouvoir* et *savoir* les solliciter...



Les premières zones touchées par le déficit en offre de soins sont le milieu rural, la banlieue et les petites villes. Ces zones subissent les conséquences d'une implantation de médecins généralistes, de spécialistes et d'équipements totalement déséquilibrée sur le territoire ; les grandes villes et notamment leur centre, à l'inverse, demeurent des zones – en plus d'être accessibles – fortement excédentaires à ce niveau là.

A l'instar des banlieues, les zones sous-médicalisées sont donc avant tout des zones défavorisées et les premières victimes de la désertification médicale sont des populations déjà fragilisées. C'est pourquoi la question des inégalités territoriales – géographiques - d'accès aux soins rejoint, ou mieux, se conjugue avec celle des inégalités sociales car les classes les moins aisées, prises à la gorge par le coût du foncier, n'ont d'autres alternatives que de s'éloigner des zones urbaines, et du même coup des professionnels de santé. Les inégalités face au logement, dont les fondements se résument à une simple équation financière – *on se loge où on peut* – et dont les répercussions plus ou moins graves sur l'état de santé et la mortalité des plus mal logés sont avérées, viennent ainsi jouer un rôle déterminant dans les inégalités géographiques d'accès aux soins.

En plus de la distance du service prestataire de soins, qui peut pousser les populations les plus marginalisées du monde médical au renoncement (il faut évidemment tenir compte de l'*accessibilité* et donc s'interroger sur les moyens dont disposent les gens pour se rendre à

l'hôpital. Nous sommes sortis des « trente glorieuses », époque où les choses étaient moins compliquées : les transports en commun se développaient et tout le monde s'équipait en voiture. Avec la crise et un prix élevé de l'essence ou du train, ce fonctionnement montre ses limites.), se pose aussi le problème de ces zones sous dotées en médecins, petites villes ou campagnes, qui offrent des services limités en termes de soins. Dans certaines régions, pourtant très densément peuplées, comme au cœur du bassin minier du Pas-de-Calais, le nombre de médecins est largement inférieur à la moyenne nationale.¹⁴ Dans les départements qui concentrent difficultés socio-économiques et pathologies lourdes, le personnel médical a du mal à se renouveler ; ces secteurs n'attirent pas les professionnels de santé – notamment les jeunes médecins – car dans ces zones *populaires* la médecine souffre bien souvent d'une réputation de « médecine sociale », assimilée à un travail répétitif, peu gratifiant, et qui tend à se pratiquer de manière isolée.

La question de la répartition géographique inégale des services et des équipements médicaux en soulève une autre, qui exprime assez clairement un paradoxe, une loi sociale en matière d'accès aux soins, qui veut que l'offre médicale décroisse à mesure que les besoins des individus et des groupes sociaux augmentent et qu'au contraire elle grandisse alors que les besoins des populations les moins vulnérables (classes « moyennes-supérieures ») diminuent. Ce déséquilibre entre l'offre médicale et les besoins, en termes de soins et de prévention, des populations les plus fragiles montre bien que la concentration médicale n'est pas toujours là où les populations en ont le plus besoin. Sans compter qu'à ces inégalités territoriales se rajoutent, la plupart du temps, des obstacles sociaux et culturels au parcours de soins qui ne facilitent en rien l'instauration d'une relation étroite et de proximité entre le monde de la médecine et certains milieux sociaux.

¹⁴ Cf. art. in *Le Monde*, 22/01/2006.

3 - Les déterminants culturels

Interpréter les inégalités sociales d'accès aux soins en tenant compte du *revenu* peut être une étape dans un effort de lecture et de décodage des différences de consommation médicale entre classes. Mais nous allons montrer l'insuffisance – du point de vue de l'interprétation – qu'il y aurait à réduire la question de l'inégal recours au système de soins à une simple question d'argent. Conduisant les populations à faibles revenus sur la voie risquée du renoncement aux soins (coût de l'acte médical et distance géographique du service prestataire de soins), la pauvreté n'explique pas, pour autant, à elle seule les disparités sociales de recours à l'acte médical, ainsi que les conséquences plus générales qui peuvent en découler en termes de mortalité différentielle. Il est donc, pour nous, nécessaire de compléter cette approche économique en faisant apparaître toutes les dimensions sociales et culturelles de la question de l'accès aux soins.

Sans aller jusqu'à dire que l'instauration de la CMU n'a eu aucun effet sur la réduction des inégalités face aux soins, on peut toutefois s'interroger sur l'efficacité réelle de cette mesure, qui reste avant tout un dispositif exclusivement financier. La question des obstacles sociaux et culturels paraît ignorée de la réforme.¹⁵ Pourtant si la question de l'inégal recours au système de santé a une dimension financière, elle a aussi des dimensions sociales et culturelles. En effet l'usage – préventif/curatif - que l'on fait de ce système, la manière dont on le sollicite et la relation que l'on construit avec ce savoir médical reste profondément marqué par des *effets de culture*. On peut soupçonner, indépendamment du facteur revenu, une influence de la situation sociale et donc du type de métier exercé sur les modes de consommation médicale, influence qui encouragerait, et même déterminerait tout un ensemble de postures, de représentations et de positionnement vis-à-vis du monde de la médecine. Nous soulevons là tout un domaine d'étude que nous avons déjà scruté et dégrossi dans nos analyses portant sur la *santé au travail* et qu'il nous faudra encore « fouiller » ici : celui du rapport au corps, à la douleur et à la maladie, rapport très subjectif, marqué socialement et résultant principalement d'une division du travail qui oppose aujourd'hui encore le travail physique au travail

¹⁵ Quant aux politiques publiques, qui tentaient de tenir compte de cette dimension sociale dans l'accès aux soins (permanence d'accès dans les hôpitaux, plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins), elles n'étaient pas forcément bien articulées avec la CMU.

intellectuel - de conception -, et qui tend ainsi à produire des différences sociales en matière de consommation de services et de biens médicaux.

L'étude de la *mortalité différentielle selon le sexe* nous a déjà conduits à considérer les différences qui opposent hommes et femmes en termes de recours aux soins (et l'impact que ces différences, cumulées à d'autres facteurs, peuvent avoir sur l'espérance de vie). Un chapitre voué à ces questions nous a permis de prendre acte de la plus forte *médicalisation* du sexe féminin, qui trouve en partie ses fondements dans des facteurs d'ordre socioculturels. Les analyses que nous avons menées, en plus de fournir un schéma explicatif à ce recours différencié selon le sexe, nous ont également permis de défricher le terrain à propos des effets de culture, et notamment de *culture du corps*, qui participent à la construction d'un rapport au monde médical différencié dans les conduites des membres des classes « supérieures » (qui peuvent se distinguer par leur niveau d'instruction, d'éducation à la santé...) et des membres des classes populaires (plus pauvres et moins diplômés). Car les oppositions, certes tangibles, que l'on retrouve entre hommes et femmes sont d'autant plus prégnantes que le recours moins systématique de ces derniers aux actes médicaux sont d'abord le fait de *mâles* du bas de l'échelle sociale, prisonniers d'un rapport au corps et d'une relation à la douleur et aux symptômes qui, de tout évidence, les installe dans une sorte d'éloignement, c'est-à-dire de distance sociale et culturelle aux « choses » de la médecine.

La relation qu'un individu noue avec son propre corps va donc avoir des conséquences directes sur celle qu'il sera amené à construire, toute sa vie durant, avec le monde médical, ses acteurs et ses services. Cette relation à soi et à l'ensemble de ses attributs physiques (corporéité...), aussi intime et individuelle soit-elle, possède pourtant elle aussi des caractéristiques sociales qui font du rapport au corps un rapport déterminé historiquement, socialement, et culturellement : en partie, par des conditions d'existence spécifiques, par la place que les individus occupent dans des rapports de production qui, maintenant l'opposition classique entre travailleurs manuels et travailleurs intellectuels, entre agents d'exécution et agents de conception, favorisent chez les uns et chez les autres une relation au corps, une manière de se le représenter et d'en faire usage fortement différenciée. C'est parce que le corps est d'abord une *construction sociale*¹⁶ et que le rapport entretenu avec celui-ci n'est rien d'autre que l'effet d'une élaboration sociale et culturelle que les différentes classes sociales ne sont pas dans un rapport identique à leur corporéité propre. Alors que l'ouvrier – ou le

¹⁶ Cf. C. Detrez, *op. cit.*

travailleur manuel – s’inscrira davantage dans un rapport instrumental à son propre corps, qui reste d’abord un outil de travail, les travailleurs dont l’activité principale réside dans un travail qui ne répond pas de tâches physiques seront plus, eux, dans un rapport précautionneux et prudent à leur corps et à leur état de santé en général. A mesure que décroît l’engagement physique dans le procès de production, rappelle Boltanski, l’attention portée au corps et soins augmente. Inversement, les effets de culture du corps – virilité, force, résistance...- que l’on retrouve, par exemple, dans les catégories ouvrières, et qui restent le produit d’un travail qui réclame un engagement sans concessions du corps dans la production, tendent à instaurer (ou plutôt à aggraver) une distance sociale entre les agents d’exécutions et le système de santé qui est déjà fortement marquée par des inégalités de revenus et de territoires.

Le *corps-outil*, pour ainsi dire, du manuel, ne peut être défaillant, faible, malade. Si tel est le cas, l’entrave à l’activité professionnelle peut être vécue comme un véritable drame social. On répugne, chez ces catégories de travailleurs, à se mettre en arrêt de travail (ce qui est souvent une source de fierté d’ailleurs), d’abord parce que les faiblesses passagères, l’attention portée aux signaux que peut envoyer un corps fatigué, douloureux, sont mal perçues par le groupe et les collègues, dont l’identité professionnelle est largement construite sur le culte de la virilité¹⁷. Ne pas s’y soustraire ou s’y conformer, c’est être différent, exclu et par suite marginalisé du groupe. Mais il faut aller au-delà de cette explication.

Dans ces milieux, le fait de s’arrêter pour des raisons médicales signifie également l’interruption brutale du temps et d’une existence centrée, bien souvent, exclusivement sur le travail – donc sur le présent - et qui a laissé aux individus trop peu d’espace, de temps et d’énergie pour se construire en dehors, d’un point de vue extra-professionnel, pour élaborer des projets futurs, pour introduire du sens dans une vie qui, bien souvent, n’a de sens que par le travail. Privé de son principal instrument de travail, d’un corps qui finit morcelé de toute part par les exigences du travail intensif et rébarbatif ou qui se retrouve brutalement, violemment mutilé par quelque accident de travail, l’ouvrier devient alors un être sans forces, tant au physique qu’au mental. *Quand le corps s’arrête, tout s’arrête*. Quand cette machine anatomique à produire, à soulever, à suer, qu’est le corps-outil, est grippée, c’est toute la machine humaine, sociale, constitutive de l’être tout entier – total, anthropologique - qui s’ébranle. C’est pour ces raisons, d’après nous (nous rejoignons d’ailleurs complètement Boltanski à ce sujet – cf. *usages sociaux du corps...*) –, que les classes populaires, et

¹⁷ Cf. notre chap. sur la condition ouvrière au travail...

particulièrement les travailleurs manuels d'exécution, répugnent à être malades, à se sentir faibles physiquement, marquent une distance avec la médecine en retardant l'échéance des soins et, qui plus est, ne disposent pas des possibilités culturellement acquises d'envisager et d'inscrire la maladie dans une temporalité, démarche qui est au principe même de toute pratique de prévention.

Gestion & prévention du mal

C'est chez les membres des classes « supérieures » (disposant d'une sûreté économique et d'un niveau d'instruction plus élevé) que le rapport - et la relation - que l'on noue avec la maladie aura plus tendance à se construire autour de la *prévention*. Dans ces milieux, les conditions économiques et sociales d'existence, ainsi qu'un degré généralement plus élevé d'éducation à la santé, permettent aux individus d'anticiper les choses, les événements (comme la maladie) et de les inscrire dans la durée. Dans les couches populaires, en revanche, où l'attention portée au corps - à qui on demande avant toute chose de fonctionner comme instrument de travail -, où le souci de soi, de sa santé, sont des notions perçues comme n'étant pas forcément impératives, la manifestation de la maladie se fera d'une façon plus soudaine et brutale parce qu'on n'en a pas identifié les signes avant-coureur ou qu'on s'est refusé à les percevoir et sera envisagée, ainsi, sur le modèle de l'accident imprévisible et inattendu, répondant d'un quelconque hasard, voire même du *destin*. Que l'on prenne soin de soi ou pas, que l'on se soigne ou que l'on consulte à temps, bref, rien n'y changera, on finira bien par tomber malade un jour...

Penser en termes de rapport de cause à effet, ce qui exclu la part du hasard dans l'émergence de la pathologie pour laisser place à des raisonnements plus centrés sur la façon dont celle-ci se construit, sur les causes sociales qui peuvent agir sur son développement, reste une façon de raisonner plus ancrée dans les structures mentales des membres des classes « supérieures ». Ces derniers, prêtant une attention particulière à leur corps et disposant d'une perception fine et précise des messages qu'ils en reçoivent, n'établissent pas forcément une nette distinction entre l'état de santé et l'état de maladie ; ils ont, de ce fait, tendance à voir en elle une sorte de dégradation longue et insidieuse de la santé plutôt qu'un incident totalement inopiné : la maladie a pour eux une histoire, un début souvent invisible, une évolution, une

fin, des suites. Elle s'inscrit dans le temps¹⁸. Par les conduites préventives qu'elles mettent en place (allant de la consultation médicale *en amont*, jusqu'aux modes de vie, aux pratiques, etc...), les classes « supérieures » – et à plus forte raison les fractions les plus diplômées – se retrouvent, face à la maladie, dans une relation moins subie, car plus basée sur l'anticipation et la prévision, ce qui leur permet d'être davantage *acteurs* face à elle. Nous suivons complètement L. Boltanski dans ses analyses lorsqu'il affirme que les membres des classes « supérieures » adoptent à l'égard de la maladie une attitude de prévision. En plus de chercher, dans le présent, les signes avant-coureurs de maladies qui ne se sont pas encore manifestées brutalement, ils ont tendance, aussi, à se soumettre à un certain nombre de règles qui visent à les préserver de l'atteinte de la maladie.¹⁹ D'où une importance accordée aux actes médicaux préventifs qui croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, dans la hiérarchie des revenus et des diplômes²⁰.

La maladie étant, pour les classes populaires, ce qui *interrompt le temps*, ce qui paralyse l'existence présente et future, une catastrophe économique et familiale sur laquelle on n'a pas de prise et que l'on n'ose envisager, on peut comprendre que les membres de ces classes marquent, vis-à-vis d'elle, une certaine distance - du point de vue de la connaissance et de l'action qu'on peut avoir sur elle : distance culturelle. Appréhendée avec une certaine dose de *fatalisme*, elle est tout sauf un évènement que l'on peut réinsérer à titre d'éventualité dans un plan de vie et que l'on peut aussi, pourquoi pas, maîtriser ou surmonter par la prévision à long terme. L'état de soumission dans lequel se trouvent les classes populaires face à la maladie semble avoir pour effet de diminuer, chez les individus, la part relative des actions qu'ils peuvent entreprendre pour contrecarrer son développement. Pensant n'avoir aucune prise sur elle (sur son émergence et son développement), pensant qu'elle relève de la malchance, de quelconque hasard (nature...), et non de forces sociales sur lesquelles on peut agir, notamment en termes de prévention, on s'occupe d'elle seulement quand elle arrive, en remplissant les salles d'attentes des urgences hospitalières. Faute de consulter à temps les médecins généralistes ou les spécialistes, lorsque le mal est encore bénin, faute d'avoir été en mesure d'identifier clairement certains signaux d'alerte (douleurs) nécessitant l'avis et l'intervention d'un professionnel de santé, les membres des catégories populaires se

¹⁸ L. Boltanski, « *Les usages sociaux du corps* », *op. cit.*

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Cela est visible à travers certains indicateurs relatifs à l'usage inégal qu'il est fait de la médecine préventive : présentation régulière du nourrisson aux médecins, tenue d'un carnet de santé pour les enfants, consultations de spécialistes, tests, dépistages, visites de contrôle – ex. du dentiste, des analyses de sang, etc. Cf. T. De Saint Pol, *op. cit.*

retrouvent plus souvent que les autres contraints d'être hospitalisés pour faire face à des pathologies qui se seront aggravées au fil du temps. A contrario, les catégories sociales supérieures se dirigent plus tôt, plus vite, vers la médecine de ville (surtout spécialisée) et, prenant en charge leurs problèmes de santé plus en amont, ces catégories empruntent, moins fréquemment que les autres, la route de l'hôpital.

4 - La notion de distance

L'accès aux soins des catégories du bas de l'échelle sociale est donc rendu difficile par des obstacles tenant à la fois de contraintes économiques, géographiques et culturelles. Ces obstacles aux parcours de soins – et qui, inversement, sont autant d'avantages pour les populations les moins démunies *économiquement et culturellement* parlant : argent pour payer, proximité géographique et sociale, culturelle avec l'univers médical, rapport au corps et à la maladie plus orienté autour de la prévention, etc. – n'agissent pas indépendamment les uns des autres. Conjuguant leurs actions, ces contraintes, par leur caractère cumulatif, ne font que renforcer l'éloignement qui existe entre les membres des classes populaires et le monde médical. Des problèmes d'argent, en effet, qui conduisent parfois certains individus à renoncer à des soins pourtant indispensables, contraignent également ces mêmes individus à se loger là où ils peuvent, c'est-à-dire loin de la concentration médicale que l'on retrouve dans les grandes villes, pour se retrouver en banlieue, dans les zones sous-médicalisées. De même les populations aux revenus modestes, qui peinent déjà à se payer une offre médicale à hauteur de leurs besoins et qui peuplent les déserts médicaux, sont aussi celles dont le degré d'instruction, notamment sur les questions de santé (information), ne leur permet pas d'entretenir une relation de proximité avec la médecine, proximité rendue d'autant plus improbable que le rapport au corps, à la douleur et à la maladie, dans ces milieux, obère généralement les mesures ou pratiques dites de précaution, d'anticipation (écoute de soi, de ses sensations morbides, etc.), bref, ces habitudes et règles de vie quotidiennes qui participent à l'établissement d'une culture de la prévention.

Disposant désormais de plus d'éléments pour interpréter les inégalités sociales d'accès aux soins, il nous semble utile et même nécessaire, en cette fin de chapitre, d'insister sur une notion qui résume d'après nous plutôt bien l'impasse dans laquelle se trouvent les classes populaires face à l'offre médicale : c'est la notion de *distance*. Une distance qui s'observe à tous les niveaux – économique, culturel, social, géographique - et qui éloigne, exclut ces catégories de population du monde de la médecine, de ses services et de ses professionnels. Cette distance, pourrait-on croire, n'est que le produit de contraintes financières ou de l'éloignement géographique ; mais ces explications, on l'a répété, s'avèrent insuffisantes, tant

l'usage que l'on fait du système de santé est marqué par des effets de culture. Nous profiterons d'ailleurs de ce rappel pour ajouter que par *distance culturelle*, il faut également entendre toutes les difficultés que peuvent rencontrer les couches sociales les moins instruites et diplômées – qui sont aussi, bien souvent, des populations à faibles revenus - pour se repérer correctement dans le parcours de soins (et parfois dans sa complexité !), pour l'utiliser au mieux (les relations aidant aussi à ce niveau là les plus favorisés : oncle chirurgien, ami médecin, pouvant conseiller ou renvoyer vers un spécialiste, etc.) et pour se débrouiller efficacement dans les démarches administratives. Cette mauvaise maîtrise du parcours soins, commençant aussi, tout simplement, par la méconnaissance des droits sociaux et des services, ne peut faire que retarder les prises en charges. Et toute pathologie qui n'est pas traitée à temps ne peut que s'aggraver...

QUATRIEME PARTIE

SYNTHESE GENERALE

CHAPITRE PREMIER

La mort : un phénomène social

« Après avoir forcément un peu trop divisé et abstrait, il faut que les sociologues s'efforcent de recomposer le tout »

M. Mauss¹

Pour faciliter notre effort de synthèse, pour mettre davantage de cohérence, d'articulation et de lien entre les parties et les éléments d'interprétation que nous avons proposé, nous croyons bon de rappeler d'où nous sommes partis, quel a été le point de départ de notre réflexion et de nos interrogations. Sans doute pourrons nous, suite à cela, développer et proposer une réflexion plus approfondie, tenir un discours plus général et plus synthétique sur les questions qui nous préoccupent. Remontons donc le fil de notre raisonnement...

Ce qui nous a interpellé en premier lieu, au-delà des victoires spectaculaires qu'ont remporté les sociétés humaines sur la mort, dont l'échéance, particulièrement dans les pays « développés », ne cesse d'être repoussée, c'est le constat, froid et brutal, de l'inégalité sociale devant la mort, au sein même de notre société. D'aucuns diront que ces écarts de longévité, de l'ordre de 7 ans, par exemple, aux extrêmes de la hiérarchie socioprofessionnelle

¹ M. Mauss, *Sociologie et Anthropologie*, P.U.F., 1950, 8^{ème} édition Quadrige, 1999, p. 276.

(entre cadres et ouvriers), ne signifient pas grand-chose, car ce qui importe, ce n'est pas tant de vivre longtemps, mais d'avoir une existence bien remplie, riche, peu importe la durée. Comme disait Pascal, *mieux vaut ajouter de la vie aux années que des années à la vie...*

Nous verrons cependant, plus loin, que l'adage pascalien n'a guère de sens pour les catégories les plus défavorisées du monde social, notamment pour les exécutants, les ouvriers, qui en plus d'avoir une vie plus courte, vivent de surcroît moins bien. Leur mortalité précoce, le peu d'années qu'ils ajoutent à la vie n'est donc en rien compensé, soulagé par une vie meilleure. Bien au contraire, car c'est finalement le cumul des années de vie en mauvaise santé, la somme des expériences invalidantes, usantes, nocives, aliénantes vécues et incorporées qui participent activement au processus de vieillissement accéléré, et donc à leur mort prématurée. Ils sont donc victimes d'une « *double peine* » : ils connaissent plus d'incapacités, de problèmes de santé au sein d'une vie plus courte. Nous verrons d'ailleurs dans quelles mesures les écarts d'espérance de vie en bonne santé, très marqués entre catégories sociales, constituent un indicateur hautement significatif des disparités sociales que l'on peut rencontrer en matière de santé et de longévité. Peut-être même plus que ceux que l'on obtient en prenant uniquement en compte l'espérance de vie calculée « simplement ».

Mais revenons à notre point départ, à notre fil conducteur : *la mort inégale...*

A la question de savoir si tous les hommes sont égaux devant la grande faucheuse, la réponse est claire : c'est non ! Ce constat, nous l'avons établi à partir de la statistique, grâce aux chiffres de la mortalité différentielle qui rendent compte de manière précise des disparités de mortalité qui jalonnent et structurent le monde social. Du reste, on peut d'ores et déjà, en veillant à ne point bousculer l'analyse, voir combien les chiffres de la mortalité différentielle, finalement, *éclaircent le vivant*. Ceux-ci se révèlent en effet être un *indicateur puissant* du maintien d'une société de classes, de la pérennité d'une organisation sociale, d'un système hiérarchique fondé sur des rapports de domination qui déterminent, en fonction de la position sociale occupée par les individus, des existences plus ou moins longues. C'est dans cette perspective que l'on peut prétendre que *l'inégalité devant la mort n'est que le produit des inégalités devant la vie*. Nous développerons plus loin cette considération en tentant d'en faire une lecture anthropologique...

Après avoir observé les différences de mortalité entre hommes et femmes, et après avoir tenté de montrer que l'explication de la vie plus longue de ces dernières est davantage à chercher dans des raisons d'ordre culturel - et non biologique -, nous avons étendu nos analyses au domaine des catégories sociales, en considérant la catégorie socioprofessionnelle. Aussi

avons-nous essayé d'expliquer, d'interpréter sociologiquement les raisons et la nature du différentiel de longévité entre catégories : comprendre, en définitive, pourquoi les catégories populaires, généralement moins qualifiées, moins instruites et plus pauvres (précarité sociale) – ouvriers, employés – sont sujettes à une mortalité précoce ; comprendre aussi, dans une perspective plus globale, pourquoi l'ordre professionnel qui préside à une mortalité plus ou moins prématurée correspond globalement à la hiérarchie socialement valorisée des professions dans notre société.

Nombreux sont les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la santé, et *in fine*, sur la durée de vie. Il est même illusoire, irréalisable, voire prétentieux de s'évertuer à inventorier tous les paramètres – sociologiques, psychologiques, environnementaux, familiaux, socio-historiques ou biographiques, médicaux, biologiques, etc. – qui, par leurs actions isolées ou conjuguées, façonnent l'individu, participent de la construction, ou, au contraire, de la dégradation progressive, parfois brutale, de sa santé. Nous nous sommes donc attachés, dans une perspective sociologique, à dégager des grandes tendances en matière de mortalité, à identifier les facteurs sociaux, les causes sociales pouvant rendre compte du problème de la mortalité différentielle, pouvant permettre de lever le voile sur la façon dont se construit l'inégalité devant la mort². La statistique de la mortalité différentielle, certes, *éclaire le vivant*, mais c'est seulement en observant scrupuleusement la vie, *en s'intéressant aux hommes, à leurs pratiques et à leurs conditions d'existence*, que l'on peut mieux saisir la mort et son caractère – sa dimension – profondément inégalitaire. *Car celle-ci n'a peut être pas plus de secrets à nous révéler que la vie...*

Ainsi, nous avons vu dans quelles mesures le travail (conditions dans lesquelles il s'exerce), la précarité, l'inactivité, le chômage, le niveau de formation (obésité et niveau d'instruction, par exemple), les modes de vie, l'habitat, l'environnement, ou encore la situation familiale (*vie sociale*, soutien, intégration/régulation...) exerçaient des effets propres sur la longévité. Les individus et les groupes sociaux, on l'a vu, sont inégaux devant les risques de mortalité imputables à un ou plusieurs de ces facteurs ; il en ressort donc une inégalité sociale devant la maladie, au détriment des classes dominées. Les catégories sociales défavorisées, fragilisées par leurs conditions d'existence et pouvant difficilement se soustraire à nombre de facteurs de risque, sont donc davantage soumises à un ensemble de causes qui peuvent, à plus ou moins

² Sans pour autant *surévaluer* la part du social dans la détermination des états de santé. En effet, « *Il existe une imbrication entre les phénomènes biologiques et sociaux et il est le plus souvent nécessaire de penser en termes de causalité en chaîne pour expliquer les états de santé* » (cf. P. Adam, C. Herzlich, *op. cit.*, p. 43).