

[POINT DE VUE]

La fabrique des inégalités de santé. Une réalité sociale trop souvent tue

Marguerite Cognet

Les liens entre inégalités sociales et inégalités de santé ne sont pas nouveaux même s'ils restent trop souvent tus ou cachés dans l'ombre des grandes explications qu'offrent l'étiologie et la clinique.

Pourtant, aussi loin que l'on puisse remonter dans l'histoire de la production de données afférentes à la santé, le poids des appartenances sociales est évident – par exemple nous savons depuis la parution des premières tables de mortalité au xvii^e siècle que les catégories sociales n'avaient pas la même espérance de vie¹. Aujourd'hui encore nous savons que non seulement l'espérance de vie mais également l'espérance de vie en bonne santé croît avec la classe sociale. Et les écarts observés dès le xvii^e siècle se sont plutôt accrus (Wilkinson, 1976). En 1980, à la suite de la publication du rapport Black (Gray, 1982), nous pouvions espérer que cette question des inégalités sociales de santé et la lutte à mener en vue de leur réduction remonterait dans les agendas politiques. Ce rapport qui compilait nombre de travaux sur les inégalités sociales et leurs impacts sur la mortalité et la morbidité, confirmait que le statut social est un déterminant majeur de l'état de santé – plus les statuts s'élèvent socialement meilleur est l'état de santé – ce qui certes était déjà connu mais ce qui bouleversait la donne ce sont les causes avancées et discutées de façon très argumentée dans le rapport. Si, au vu de la recension, les comportements des individus restaient une explication valable pour expliquer les inégalités, les auteurs posaient explicitement la question du déterminisme social de ces comportements. Par ailleurs, le rapport soulignait que les comportements n'épuisaient pas les écarts entre les individus, y compris pour le cancer du poumon alors que toutes les campagnes de santé publique mettent l'accent sur les responsabilités individuelles. Ce sont finalement les différences dans les conditions de vie qui semblent largement sous-estimées par les acteurs professionnels de la santé. Les auteurs du rapport recommandent une lutte contre les inégalités sociales de façon systématique dans toutes les politiques publiques. Depuis, bien d'autres travaux sont venus confirmer ces analyses (Aiach et Fassin, 2004 ; Fassin, 2009 ; Marmot et Wilkinson, 2000) que ce soit sur les effets des inégalités socio-économiques (Wilkinson, 2002 ; Wilkinson, 1992 ; Wilkinson et Pickett, 2006), les effets de l'isolement ou de l'absence de cohésion sociale (Shaw *et al.*, 1999 ; Wilkinson, 1997) y compris dans les effets que produisent les réductions de coûts du système de santé sur la santé de la population, où les premiers à faire les frais

1. Établies à Genève à partir de 1625, ces tables de mortalité pour les générations établissent des distinctions entre les groupes sociaux supérieur, moyen, inférieur et attestent que l'espérance est en faveur des plus aisés.

des réformes sont toujours les plus vulnérables (Broutelle et Le Morvan, 2009). Dans un colloque tenu à Paris en 2010, « Réduire les inégalités sociales de santé » à l'initiative de la Direction générale de la santé (DGS) et l'Institut de recherche en santé publique (IRESP), le professeur Michael Marmot, titulaire de la chaire de recherche en épidémiologie et santé publique du Medical Research Council de Londres, présentait le modèle conceptuel adopté par la Commission sur les déterminants sociaux mise en place par l'Organisation mondiale de la santé. Le modèle indique clairement que si les inégalités de santé et de bien-être renvoient le plus souvent immédiatement aux conditions matérielles, à la cohésion sociale, etc., tous ces facteurs sont déterminés par la position sociale en termes d'éducation, de revenu, de genre, d'ethnicité et de race, qui procède elle-même des contextes socioéconomiques et politiques (Marmot, 2010).

En dépit de toutes ces connaissances produites, la construction sociale des inégalités de santé est toujours maintenue sous le boisseau, une vérité qu'il faut garder cachée. Un curieux consensus persiste sur l'idée que les inégalités sont « la faute à pas de chance » (la génétique ou la physiologie), ou la faute aux parents ou à la lignée (l'éducation, la psychologie ou la culture des ancêtres). Un consensus pour des explications sans aucun doute plus simples et moins culpabilisantes et conformes à un certain ordre social des choses soutenu par une pensée naturalisante des rapports de classes, de genres ou des origines ethniques ou supposées de races. Nous n'allons pas contester le poids que peuvent avoir de tels facteurs mais parler de la « fabrique des inégalités sociales » ouvre une autre focale à partir de laquelle nous pourrions agir pour lutter efficacement contre les inégalités de santé. Une lecture des inégalités de santé par les inégalités sociales permet d'entrer dans un paradigme bien différent de celui qu'offrent les approches généticophysiologiques ou psychoculturelles. Ces approches classiques et largement partagées isolent le sujet et le projettent à l'avant-scène dans une différence qui l'essentialise et le rend responsable de l'évolution de sa santé. Une approche par le social déplace la responsabilité : ce ne sont plus les victimes qui en portent le poids mais les conditions sociales parce qu'elles sont productrices de différences entre les groupes sociaux (éducation, statuts socioéconomiques, environnement, etc.). Ici, les solutions envisagées devront donc passer par la réduction de ces inégalités sociales.

Le Covid-19 nous offre un éclairage sur le mécanisme par lequel se fabrique la prévalence, la surcomorbidité et surmortalité. La pandémie du Covid-19, outre ses multiples effets et conséquences dramatiques, a néanmoins ramené sur la scène politicomédiatique la question des inégalités de santé, ou plutôt des inégalités sociales de santé. Ces dernières se manifestent par des risques de prévalence et de mortalité variables entre les catégories différentes de population. Tant aux États-Unis, qu'en Grande-Bretagne ou encore au Canada, les chiffres attestent de taux de morbidité et de surmortalité plus élevés parmi les classes défavorisées, et en leur sein, particulièrement parmi les minorités ethnoraciales (APM, 2020 ; Carde 2020) et ce, après contrôle du sexe, de l'âge et du contexte socioéconomique local. Par exemple, en Angleterre les personnes d'origine bangladaise auraient environ deux fois plus de risques de mourir que les personnes blanches d'origine britannique.

Les personnes d'origine chinoise, indienne, pakistanaise, autres asiatiques, les originaires des Caraïbes et autres populations noires ont entre 10 % et 50 % de plus de risques de décès par rapport aux Britanniques blancs (PHE, 2020). Il semble que ces données persistent même après contrôle des facteurs cliniques de comorbidité (diabète, HTA, obésité, insuffisance respiratoire notamment) et la prise en compte des facteurs socioéconomiques des territoires (Williamson *et al.*, 2020).

Rapidement les chercheurs ont appelé à examiner la situation française où, là aussi, des écarts entre les territoires mettaient d'ores et déjà en exergue le poids des « origines » dès les premiers mois de l'épidémie (Brun et Simon, 2020). Dès 2020, Paris et ses banlieues apparaissaient très fortement concernés. Les agences de santé enregistrent une surmortalité dès le mois de mai 2020² (+68,4 % à Paris, +112,1 % dans les Hauts-de-Seine, +94,5 % dans le Val-de-Marne) en particulier en Seine-Saint-Denis (+123,4 %)³. Un an plus tard la surmortalité du territoire francilien est confirmée avec une augmentation de 20 % de décès supplémentaires par rapport à la moyenne sur les cinq années précédentes (Bayardin *et al.*, 2021). La situation est particulièrement alarmante dans le département de la Seine-Saint-Denis où le taux atteint 25 % de décès supplémentaires par rapport à la moyenne 2015-2019, ce département étant le plus pauvre de la France métropolitaine⁴. Si les autres départements accusent des taux un peu moindres, les disparités entre les communes les plus riches et les plus pauvres sont éclatantes avec des taux dépassant largement les 30 % pour les deuxièmes : Fleury-Mérogis (+ 71 %), Yerres (+ 43 %), Grigny (+ 41 %), Évry-Courcouronnes (+ 37 %) et Vigneux-sur-Seine (+ 36 %) pour l'Essonne. La hausse est également importante dans quelques communes du Val-de-Marne, notamment au Kremlin-Bicêtre (+ 46 %). Pour le département des Yvelines les communes stigmatisées par la pauvreté et la précarité de leurs populations sont elles aussi en tête : Carrières-sous-Poissy (+ 46 %), Les Mureaux (+ 42 %), Chanteloup-les-Vignes (+ 40 %), Montigny-le-Bretonneux (+ 51 %) ou Trappes (+ 36 %). Dans toutes ces communes, les classes défavorisées sont concentrées.

De façon corrélée, l'Île-de-France est également le territoire des migrants venus du continent africain. Un tiers des personnes originaires du Maghreb résidant en France habite un département francilien ; la moitié des personnes originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne vit en Île-de-France. Et c'est en Seine-Saint-Denis que se concentre le plus fortement cette population immigrée⁵ (Brun et Simon, 2020). Or si l'épidémie de Covid-19 a particulièrement touché la population des communes les plus pauvres de l'Île-de-France, elle a frappé de plein fouet la population immigrée. Pour l'année 2020, le taux de décès a augmenté de 17 % pour les personnes nées étrangères à l'étranger, de 21 % pour celles nées dans un pays du

2. Comptabilisation du nombre de décès domiciliés sur les territoires à la date du 29 mai 2020 et survenus entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020 rapporté aux décès observés sur la même période en 2019.

3. Données de l'INSEE [en ligne] www.insee.fr/fr/statistiques/4500439?sommaire=4487854 (consulté le 5 septembre 2021).

4. INSEE, 25 mai 2021.

5. En 2016, la population immigrée représentait 30 % des résident-e-s du département, alors qu'elle est de 9 % en France en moyenne. On compte parmi eux en très large nombre les personnes originaires des pays d'Afrique et leurs descendants ainsi que de Turquie.

Maghreb et de 36 % pour les personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne, contre 8 % pour la population française née en France⁶.

Les écarts persistant tout au long de cette pandémie (Covid-19 et tous ses variants) entre les personnes socioéconomiquement précaires, souvent minoritaires sur le plan ethnoracial (immigrés et leurs enfants), et la population majoritaire blanche seraient en grande partie dus aux situations professionnelles de ces populations. Plus souvent employées dans le secteur des services (agents de nettoyage, des transports, des restaurations rapides, employé·e·s de caisse, de ménage, etc.) et des petits boulots des autres secteurs (journaliers, livreurs, ouvriers des BTP, etc.), elles sont aussi les plus exposées notamment parce que leurs emplois se prêtent mal au télétravail et peuvent favoriser la multiplication des contacts interpersonnels. Elles vivent aussi dans des quartiers défavorisés marqués par le surpeuplement et doivent plus souvent que les populations plus aisées recourir aux moyens de transport collectifs urbains. Leur accès aux biens de première nécessité et aux soins médicaux est également restreint. Elles accusent aussi des prévalences liées à des antécédents de santé favorisant la comorbidité pour cette maladie (obésité, diabète) en raison de la malbouffe bon marché. Enfin, elles ont un accès plus difficile aux services de soins, que ce soit pour des raisons d'absence d'ouverture de droits ou de situations restrictives retardant l'accès aux soins, pour des raisons linguistiques ou de représentations des soignants à leur endroit pouvant également avoir pour effet de limiter la qualité de leur prise en charge (Cognet, 2002, 2012, 2014, 2017; Cognet *et al.*, 2009). Bref, leur surreprésentation dans les positions les moins favorisées sur l'échelle sociale les rend manifestement beaucoup plus vulnérables que la population majoritaire au Covid-19.

La surmortalité observée pour le Covid-19 dans les populations socioéconomiquement défavorisées et immigrées fait écho aux taux de prévalence et de mortalité du sida ou de la tuberculose. Ce que nous disent les données actuelles sur la surmortalité et la surmortalité des populations des classes populaires, n'est en soit ni étonnant, ni nouveau. Elles confirment juste que pour cette nouvelle épidémie ce sont encore et toujours ces populations qui payent le plus lourd tribut et, parmi elles, les immigrés arrivent en tête.

Au-delà de cet éclairage, ajoutons que si importantes que soient les causes socioéconomiques, elles n'épuisent pas nécessairement les écarts de santé entre les groupes qui résultent de multiples formes d'inégalités sociales et de discriminations (Aïach, 2010 ; Aïach et Fassin, 2004 ; Krieger, 2000). Les inégalités sociales constituent autant de sources de stress, d'atteinte à l'intégrité des personnes, à leur identité sociale, à leur estime de soi et, par voie de conséquence, à leur santé psychologique et physique. Nous pourrions parler d'incorporation des inégalités sociales. Cette fois, l'individu avec sa capacité ou non à se maintenir en santé, n'est plus le seul visé. Cela dit, si nous restons à ce niveau de lecture, la société avec son lot d'inégalités est effectivement mise en cause. D'une part les mécanismes qui produisent et reproduisent les inégalités restent invisibles de même que les acteurs qui en tirent profit. D'autre part, si l'accent mis sur les inégalités sociales

6. INSEE, 16 avril 2021.

et économiques sort bien le sujet de la posture responsable, nous prenons aussi le risque de le faire disparaître derrière les handicaps sociaux qu'il cumule. Par exemple, mettre en cause le niveau d'éducation, même si son effet est statistiquement démontré, contribue à nourrir l'idée selon laquelle les moins éduqués ne savent pas prendre soin de leur santé ! Faire ce type d'interprétation, qui conduit à des interventions d'éducation en santé publique, c'est ignorer plusieurs choses : d'abord que les groupes de population savent peut-être un certain nombre de choses, mais leur savoir est dévalorisé, renvoyé à la tradition, au populaire par opposition au « savoir scientifique ». Ensuite, que les définitions et représentations de la santé, comme d'autres enjeux sociaux (par exemple, la langue) sont des constructions sociales. Et, dans ce domaine, certains groupes sociaux ont plus de capacité à imposer leur façon de voir que d'autres – ce qui renvoie à un rapport de domination entre les groupes sociaux. Enfin, parce que les groupes sociaux occupent des positions hiérarchisées, les pratiques des plus aisés sont valorisées et les minoritaires peuvent être tentées de se les approprier comme autant de symboles du pouvoir, que cela soit bon ou néfaste pour leur santé. Il nous faut donc poursuivre l'analyse si nous voulons réussir à changer l'ordre des choses.

L'approche politique des inégalités de santé impose une analyse du rapport au monde du corps et de la vie et met en exergue ce qui, dans le rapport ainsi constitué, est à l'avantage des classes dominantes⁷. Ce que l'on appelle comportement en matière de prévention et de maladie, politiques de santé et systèmes de soins, sont des objets socialement fabriqués qui varient dans le temps et les contextes nationaux ou locaux : pensons par exemple à la politique de santé relative au sida quand il était considéré comme une maladie des gays, des toxicomanes ou des Africains. Ces objets représentent ainsi la traduction de ce rapport entre l'individu et le monde social et politique. En cela, la santé constitue « un espace politique » et la solution pour lutter contre les inégalités de santé consiste à dévoiler et dénoncer ce rapport pour le modifier.

7. Cette analyse proposée par D. Fassin au début des années 2000 (Fassin, 2000) reprend, par analogie, le travail que P. Bourdieu et J.-C. Passeron avaient conduit sur les inégalités scolaires (Bourdieu et Passeron, 1964).

Références bibliographiques

Aïach P. (2010), *Les inégalités sociales de santé : Écrits*, Paris, Economica, collection « Anthropos ».

Aïach P. et Fassin D. (2004), « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *Revue du Praticien*, p. 2221-2227.

APM Research Lab. (2020), « COVID-19 Deaths Analyzed by Race and Ethnicity », [en ligne] www.apmresearchlab.org/covid/deaths-by-race (consulté le 13 septembre 2021).

Carde E. (2020), « La Covid-19 creuse les inégalités d'aujourd'hui, mais aussi celles de demain », *The Conversation*, 27 mai 2020.

Bayardin V., Mosny E., Moreau E. et al. (2021), « Une hausse de 20 % des décès en Île-de-France en 2020 », *INSEE*, 132, [en ligne] www.insee.fr/fr/statistiques/5350486 (consulté le 5 septembre 2021).

Bourdieu P. et Passeron J.-C. (1964), *Les Héritiers*, Paris, Minuit.

Broutelle A.-C. et Le Morvan F. (2009), « La construction sociale des maladies », *Regards croisés sur l'économie*, 5(1), p. 61-64.

Brun S. et Simon P. (2020), « L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis », *De facto* [en ligne] <https://cmigrations.fr/2020/05/15/default-019-05/> (consulté le 5 septembre 2021).

Cognet M. (2002), « La santé des immigrés à l'aune des modèles politiques d'intégration des étrangers », *Bastidiana*, 39-40, p. 97-130.

Cognet M. (2012), « L'hôpital, un ordre négocié à l'aune des origines. "Français" et "Africains" en traitement pour un VIH-sida », *Migrations Santé*, 144, p. 79-110.

Cognet M. (2014), « Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé ». *Rhizome*, 52, p. 8-9, [en ligne] www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n49-50-reconnaitre-l-invisible-gouverner-l-imprevisible/rhizome-n52-sante-mentale-et-sante-publique-distance-et-proximite-de-disciplines-connexes/des-inegalites-dacces-aux-soins-aux-discriminations-en-sante.html (consulté le 5 septembre 2021).

Cognet M. (2017), « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques », *Les Cahiers de la LCD*, 5(3), p. 25-42, [en ligne] www.cairn-info.rproxy.sc.univ-paris-diderot.fr/revue-cahiers-de-la-lcd-lutte-contre-les-discriminations-2017-3-p-25.htm (consulté le 5 septembre 2021).

Cognet M., Gabarro C. et Adam-Vezina E. (2009), « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & Migrations*, 1282(6), 54, [en ligne] www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=HOMI_1282_0054 (consulté le 13 septembre 2021)

Fassin D. (2000), « Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre », *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 17(1), p. 58-78.

Fassin D. (2009), *Inégalités et santé*, vol. 960, Paris, La Documentation Française.

Gray A. M. (1982), « Inequalities in Health. The Black Report : A summary and comment », *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 12(3), p. 349-380.

- Krieger N. (2000)**, « Discrimination and Health », in Berckman L. F. et Kawachi I. (éds.), *Social Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press, p. 36-67.
- Marmot M. G. et Wilkinson R. (2000)**, *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*, Organisation mondiale de la santé.
- Public Health England (PHE) (2020)**, « COVID-19: Review of Disparities in Risks and Outcomes », Londres, Epi cell, Surveillance cell and Health Intelligence Team and Public Health England, 2 Juin, [en ligne] https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908434/Disparities_in_the_risk_and_outcomes_of_COVID_August_2020_update.pdf (consulté le 13 septembre 2021)
- Shaw M., Dorling D. et Smith G.-D. (1999)**, « Poverty, Social Exclusion, and Minorities », in Marmot M. et Wilkinson R. (éds.), *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press.
- Wilkinson R. (1976)**, « Dear David Ennals », *Socialist Health Association*, 16 décembre, [en ligne] www.sohealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/the-origin-of-the-black-report/dear-david-ennals/ (consulté le 5 septembre 2021).
- Wilkinson R. (1992)**, « Income Distribution and Life Expectancy », *British Medical Journal*, 304(6820), p. 165-168, [en ligne] www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1881178/ (consulté le 5 septembre 2021).
- Wilkinson R. (1997)**, « Socioeconomic Determinants of Health: Health Inequalities: Relative or Absolute Material standards? », *British Medical Journal*, 314(7080), p. 591.
- Wilkinson R. (2002)**, *L'inégalité nuit gravement à la santé*, Paris, Cassini.
- Wilkinson R. et Pickett K. E. (2006)**, « Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the evidence », *Social Science & Medicine*, 62(7), p. 1768-1784.
- Williamson E. et al. (2020)**, « OpenSAFELY: factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients », *medRxiv*, [en ligne] <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.06.20092999v1.full.pdf> (consulté le 13 septembre 2021)