

Médecine de classe

par Nadège Vezinat

Loin de corriger les inégalités entre groupes sociaux, l'organisation du système de soins et les pratiques des professionnels de santé les aggravent. La sociologie des rapports sociaux montre qu'on ne recourt pas de la même façon aux soins, et que ceux-ci ne sont pas non plus organisés de la même façon, selon la classe à laquelle on appartient.

Recensé : Maud Gelly, Baptiste Giraud, Laure Pitti, « Quand la santé décuple les inégalités », *Agone*, N°58, 2016, 208 p., 20 €.

Le dossier de la revue *Agone*, intitulé « Quand la santé décuple les inégalités » et coordonné par Maud Gelly, Baptiste Giraud et Laure Pitti, présente huit textes qui étudient la question des inégalités au prisme de la santé. Partant du constat de fortes inégalités de santé en France, les deux coordinatrices du dossier ont décidé d'étudier le rôle joué par les systèmes de santé dans la production, comme dans la lutte contre, les inégalités sociales, la santé n'étant plus analysée seulement comme une conséquence des inégalités sociales mais également comme une cause de ces dernières.

Intégrer une sociologie des rapports sociaux à l'étude des systèmes de santé

Même si la loi Santé, promulguée le 26 janvier 2016, cherche à rendre la santé « accessible à tous », le recours aux soins n'est pas le même pour toutes les classes sociales. Pour les coordinatrices du numéro, cette différence « demeure la principale grille de lecture des inégalités de santé, qui structure les politiques de santé » (p. 10). Or, l'accès aux soins en fonction des ressources (financières, mais également géographiques, langagières et sociales) semble être une explication insuffisante pour comprendre les inégalités de santé. À ce premier

élément de compréhension peut s'ajouter l'étude de l'offre de soins et des pratiques médicales sous l'angle de la qualité des soins en tant que « facteur sur lequel [il faudrait] agir pour corriger ces inégalités » (p. 10) : celui des variations proposées dans l'offre de soins en fonction des groupes sociaux auxquels elle s'adresse. La prise en charge médicale s'avérant moins bonne quand le patient a des difficultés à interagir avec les soignants, à expliquer sa pathologie, ou à verbaliser tout simplement, une analyse de la qualité des soins prodigués permet de ne pas en rester à la question de l'accès. La « différenciation de la qualité des soins selon les groupes sociaux » (p. 13) oblige en effet à appréhender l'interaction médecin – patient également à partir des relations de pouvoir, de classe, de sexe et de race qui s'y entrecroisent, s'y renforcent et l'influencent.

La question centrale du dossier est de savoir si l'organisation du système de soins et les pratiques des professionnels contribuent à aggraver ou à corriger les inégalités entre groupes sociaux. Cette question se retrouve en filigrane dans l'ensemble des contributions, qui ont pour point commun de se pencher sur des pratiques médicales qui changent « selon les milieux et le système de soins dans lesquels elles s'exercent, selon les rapports de force qui s'y jouent » (p. 14) aussi. Les huit articles qui composent le dossier visent à « comprendre comment et pourquoi le système de soins n'est pas en mesure de compenser les inégalités sociales de santé, et contribue à les (re)produire » (p. 17). Ils peuvent être présentés en deux sous-axes : l'un se penche sur les rapports sociaux à l'œuvre dans les inégalités de santé et l'autre sur l'évolution du système de santé – tendant à se privatiser selon les auteurs – qui modifie l'organisation des soins en conséquence.

Classe, sexe, genre, race : l'intersectionnalité et les inégalités de santé

Dans le premier axe, quatre textes traitent la question des inégalités sociales au prisme des catégories entrecroisées de la classe, du sexe et/ou de la race, ce qui permet d'aborder les rapports de domination et les conditions de prescription selon les classes, la racialisation médicale ou encore l'accompagnement sexué des malades.

Dans la traduction proposée par Maud Gelly, Caroline Izambert et Claire Richard de l'introduction du livre paru en anglais sous le titre *Body and Soul: The Black Panther Party and the Fight Against Medical Discrimination* (University of Minnesota Press, 2011), Alandra Nelson examine les mobilisations des Blacks Panthers aux États-Unis autour du thème de la santé et de la justice sociale. La politisation de la santé par les Blacks Panthers les a conduits à mettre en place des « structures de santé communautaires » (p. 49), et à développer ce que l'auteure nomme une « santé sociale » portée par le mouvement des droits civiques médicaux. L'activisme du parti s'intensifia à la fin des années 1960 et au début des années 1970, quand la crise du système de santé états-unien se traduit par un déficit d'accès aux soins et le maintien

d'hôpitaux réservés aux blancs. Alandra Nelson montre comment les communautés noires réclament des droits en matière de santé et s'opposent par là aux « formes insidieuses de racialisation médicale » (p. 47).

Dans la continuité de cette approche, Helena Bretin et Laurence Kotobi s'intéressent au paysage contraceptif français en étudiant les conditions de prescriptions de l'implant contraceptif. « De fait, la prescription de cette méthode de contraception apparaît beaucoup plus contrainte et imposée aux femmes issues des classes populaires, quand elle est davantage choisie par les formes de milieux plus aisés » (p. 127). Les auteures relèvent « d'autres formes d'inégalités sociales intervenant dans la manière dont les femmes sont conduites à "choisir" leur mode de contraception et à contrôler leur fertilité » (p. 126). À travers l'examen de deux trajectoires biographiques, deux expériences contrastées de la contraception et du rapport à l'implant contraceptif apparaissent :

Dans la première, la contraception participe d'une construction maîtrisée de l'existence. [...] Dans la seconde, la contraception est le marqueur d'une série de contraintes. Les institutions – sociale, médicale – qui soutiennent et accompagnent l'insertion imposant des gages de bonne conduite dont participe le contrôle de la fécondité. (p. 133)

Maud Gelly étudie de son côté la plus grande fréquence de maladies chez les femmes (la « surmorbidity féminine ») dans le cas du VIH et du SIDA. L'auteure montre d'abord que l'hypothèse de la surinterprétation des symptômes corporels par les femmes est inopérante puisqu'elles décèdent plus précocement que les hommes. Ensuite, elle explique que se faire diagnostiquer ne signifie pas se faire soigner et que le délai d'entrée dans les soins après le diagnostic est variable mais plus long pour les étrangers et étrangères d'Afrique subsaharienne. Enfin, face au constat que des bénéfices inégaux sont tirés de traitements identiques, Maud Gelly s'interroge sur les effets socialement différenciés des politiques d'accompagnement de malades, les inégalités résultant selon les cas d'un moindre recours aux soins, d'« inégalités par construction » ou d'« inégalités par omission » (p. 144). Ses recherches sur le cas du sida révèlent, contrairement à ce que l'on constate généralement, la moindre efficacité des soins apportées aux femmes. Par l'étude de cette exception épidémiologique, l'auteur met en lumière les différenciations « dans lesquelles les catégories raciales l'emportent sur les catégories de classe, de sexe et de sexualité dans les pratiques de classement des publics, et dans le déroulement des consultations » (p. 148).

Pascal Marichalar enfin s'intéresse aux ouvriers, catégorie sociale qui supporte majoritairement les facteurs physiques et psychosociaux de risque pour la santé au travail, et ce malgré la présence dans les usines d'une médecine du travail, plus impuissante qu'inactive. Parce qu'une corrélation doit être établie entre le travail des ouvriers et leurs problèmes de santé par des médecins qui posent un diagnostic, établissent un protocole de soins, les traitent en tant que malades, le sociologue considère que le rapport social instauré dans le face à face entre médecins et ouvriers peut être appréhendé comme un rapport de domination. L'auteur s'est penché sur les anciens verriers de Givors ayant contracté des cancers pour comprendre comment

Certaines dispositions des médecins (la crainte d'ennuis administratifs ou judiciaires, l'ignorance de la condition ouvrière ou l'indifférence à son égard, parfois la conviction de préserver le système contre les « profiteurs ») font que les ouvriers n'accèdent pas au niveau de prévention, d'indemnisation ou de soins auquel ils auraient droit. (p. 108)

Les médecins sont en effet essentiels pour amorcer des démarches de reconnaissance des maladies professionnelles, pour entrer dans un parcours de soins, pour accompagner les malades et leurs familles. Cette centralité constitue cependant pour l'auteur une faille des dispositifs de prévention, d'indemnisation et de soin des cancers professionnels dans la mesure où l'individualisation et la complexité des démarches rendent souvent difficiles de récupérer les dossiers médicaux ou d'obtenir le certificat médical initial qui atteste de la pathologie et suggère un lien avec le travail occupé. Les soignants étant rendus incontournables, le rapport de domination se trouve renforcé mais surtout l'accès des ouvriers à leurs droits peut être empêché et les travailleurs malades non reconnus comme victimes.

Une offre de soins à plusieurs vitesses

Le second axe se penche, à travers quatre articles, sur les pratiques de sélection sociale à l'œuvre dans l'offre de soins en France. Selon les textes, les critères distinctifs (classes sociales, solvabilité, réseaux d'adressage) utilisés par la médecine de ville, l'hôpital, les cliniques, ou encore au sein de l'Institut de veille sanitaire, ne sont pas les mêmes, même s'ils se recoupent en partie. Ces pratiques, qui désignent certaines strates de la population comme préférables à d'autres, renforcent alors, au lieu de les réduire, les inégalités de santé en créant une offre de soins à deux vitesses.

Au travers de la trajectoire d'un médecin généraliste engagé, Audrey Mariette et Laure Pitti analysent la façon dont certains praticiens choisissent de s'installer dans des quartiers difficiles (il exerce à Saint Denis) et de pratiquer différemment. Elles montrent comment certains médecins « cherchent à articuler médecine libérale et prise en compte (voire prise en charge) de la question sociale » (p. 51). Le parcours professionnel du médecin peut être analysé comme s'inscrivant dans une « médecine de classe » au regard d'une socialisation politique et d'un engagement citoyen forts. Non issu d'une famille de médecins, lycéen en mai 1968, il a été sensibilisé jeune aux problématiques de santé sociale. La médecine organisée autour d'un paiement à l'acte étant synonyme de « médecine d'abattage » (p. 60) pour ce partisan d'extrême gauche, les cabinets de groupe apparaissent comme une solution pour développer une « médecine d'écoute ». Ce parcours reconstitué avec finesse montre enfin que « l'investissement sur les enjeux de santé à l'échelle locale (ville ou quartier) n'a pas toujours découlé d'orientations et de politiques nationales » (p. 71).

Sylvie Morel étudie quant à elle la façon dont l'accès aux soins d'urgence fabrique des inégalités sociales. Par des pratiques de sélection sociale, les services créent des filières d'accès aux soins d'urgence socialement différenciées. Ces filières s'ordonnent en fonction des réseaux d'adressage médicaux mobilisés. Sylvie Morel présente plusieurs filières : 1/ celle des cliniques

privées à but lucratif, dont l'enjeu est de « capter et fidéliser la clientèle solvable » (p. 77) dans un but de rentabilité ; 2/ celle des hôpitaux publics qui proposent les spécialités considérées comme non rentables, avec des profils de patients ne bénéficiant pas d'une couverture complète (assurance maladie et mutuelle) ; 3/ celle des services « socio-sanitaires » qui n'orientent pas de la même manière les patients en fonction de leur pathologie et de leur origine sociale ; et 4/ celle du « contournement » des services d'urgence par les patients qui rencontrent leur médecin sans passer par les urgences et bénéficient ainsi d'une prise en charge plus rapide. Ces 4 filières d'accès aux soins ont mis en lumière que le SDF qui a une « problématique de santé » globale (qui lie la pathologie ou le problème médical au mode de vie) est moins désirable (et donc moins envoyé) dans les cliniques privées que le patient avec une couverture complète et une « problématique de santé » ciblée (qui ne concerne qu'un seul organe par exemple) plus rapide à traiter. C'est en ce sens que, pour Sylvie Morel, elles aggravent les inégalités sociales.

Caroline Izambert se concentre sur l'hôpital public pour y étudier la façon dont s'opère le tri des patients en fonction des inégalités de protection sociale. La solvabilité devenant une préoccupation pour l'hôpital, la « hantise de la facture irrécouvrable » (p. 95) peut primer sur le bien-fondé ou la nécessité des soins et mettre en cause l'universalité de l'hôpital dans l'accès aux soins qu'il permet. L'auteur compare deux périodes, le début des années 1990 et le début des années 2010, et montre que les patients pauvres ou étrangers subissent une double peine : l'exclusion de la protection sociale naturalisée (alors qu'elle résulte d'abord d'une décision politique) et l'opposition du coût des médicaments (alors que le « prix des innovations thérapeutiques » (p. 102) est fixé par les laboratoires) rendent certaines pathologies difficiles à soigner. Dans cette logique, si la pratique des discriminations n'est pas nouvelle, le fait que les soignants soient conduits à assumer (et à assurer) l'exclusion de certains malades pour des motifs financiers plutôt que médicaux l'est davantage.

François Buton se penche enfin sur la surveillance épidémiologique, mission de santé publique de l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire). Promouvant des actes de prévention des maladies et de promotion de la santé, cette surveillance épidémiologique passe par la mise en relation d'un risque avec des « facteurs » de risque. La surveillance épidémiologique utilise la mathématique probabiliste pour légitimer son savoir et son expertise, sortir l'épidémiologie de la seule science des maladies infectieuses et détecter le plus précocement possible les menaces sanitaires. Or cette approche tend à marginaliser les déterminants sociaux de santé, en les invisibilisant.

Ce dossier, qui propose de sortir d'une sociologie centrée sur les professions médicales, renouvelle les analyses de sociologie de la santé en les incluant dans une sociologie des classes sociales et des rapports sociaux. Une telle approche était souhaitable, et il est bienvenu que cette manière de sociologiser la santé et les patients s'exprime ainsi dans un dossier spécial de revue. Reste que l'on peut se demander dans quelle mesure celui-ci n'a pas été construit comme un dossier à charge, chaque texte (mis à part celui d'Audrey Mariette et de Laure Pitti) concluant systématiquement que le service de santé ou le mode d'organisation des soins

étudié est au mieux impuissant à compenser les inégalités sociales, quand il ne les aggrave pas. Sans que cette remarque n'enlève rien à sa pertinence, ce dossier aurait sans doute gagné à montrer davantage que, en quelques endroits, dispositifs ou initiatives (ne serait-ce que locales ou marginales), des professionnels de santé peuvent avoir à cœur de proposer une médecine globale, plus territorialisée et plus sociale. La démonstration du lien entre inégalités sociales de santé et domination n'aurait été que renforcée par la mention de ces contre-exemples.

Publié dans laviedesidees.fr, le 5 décembre 2016.