


générale<sup>11</sup> montre des différences de comportement en matière de santé entre les groupes socio-professionnels des patients. Toutefois, ces différences ne sont pas forcément de même nature en fonction du genre. Ainsi, la part de patients de médecins généralistes présentant un risque avec l'alcool est de 24,3 % chez les hommes cadres ou ayant une profession intellectuelle supérieure et de 10,6 % parmi les femmes de ce même groupe socio-professionnel. Parmi les ouvriers, ce pourcentage croît de façon sensible chez les hommes (38,6 %), augmentation non perceptible parmi la population féminine (10,8 %). Cette faible différence au niveau national est d'ailleurs la résultante dans certaines régions de consommations supérieures chez les femmes cadres à celles des ouvrières. L'opposition traditionnelle Nord/Sud est nettement plus marquée chez les hommes que chez les

**11.** L'enquête a été menée par la Drees et la Fnors en 2000 sur deux jours donnés auprès d'un échantillon représentatif au niveau de médecins généralistes de chaque région de l'Hexagone et d'outre-mer. Elle s'adressait aux patients âgés de 16 ans ou plus vus en consultation ou en visite et avait pour objectif de mesurer la part de patients présentant des problèmes avec l'alcool à travers trois approches : la déclaration du patient concernant sa consommation, le questionnaire Deta et le diagnostic émis par le médecin. Un profil à risque était alors défini à partir de ces trois renseignements.

femmes, tant en termes de pourcentages qu'en termes de différentiels entre les deux groupes socio-professionnels.

### L'enjeu de s'intéresser aux inégalités sociales de santé prenant en compte le territoire

Une analyse de divers recueils montre que les inégalités sociales de santé ne sont pas toujours de même ampleur suivant la région<sup>12</sup>. Compte tenu des différences sensibles existant au sein du territoire national (figure 1) qui n'épouse pas les limites administratives, il devient important de disposer d'informations de santé à différents niveaux territoriaux qui puissent prendre en compte les paramètres mesurant la dimension sociale. Dans le contexte actuel, l'amélioration globale de la santé des populations ne sera en effet effective que par des actions et des messages adaptés à la diversité des populations auxquelles ils s'adressent. Cela est d'autant plus important que les professionnels de terrain, tant du domaine sanitaire que du secteur social, sont très demandeurs d'outils de mesure pour accompagner leur pratique au quotidien. 

**12.** Pour en savoir plus sur les différentes enquêtes traitées, le lecteur est renvoyé à la publication réalisée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé mentionnée en bibliographie.

## Inégalités sociales de santé et précarité

Le terme « précarité » est souvent employé, à tort, comme synonyme de pauvreté ou d'exclusion sociale. Cette utilisation euphémistique — confortée dans le champ des soins médicaux par certaines terminologies officielles (par exemple, les « équipes mobiles psychiatrie précarité ») ou par le langage courant (les « consultations précarité » hospitalières pour les permanences d'accès aux soins de santé) — est peut-être guidée par le souci de soulager un peu le stigmate supporté par certaines populations en grande difficulté sociale. Elle contribue surtout à circonscrire de façon tout à fait néfaste une notion en réalité beaucoup plus large et transversale et, par là, à entretenir une opposition — qui, de notre point de vue, n'a pas lieu d'être — entre les approches « précarité – santé » et « inégalités sociales de santé », encore trop souvent opposées dans la recherche, les réflexions sur les pratiques de soins et la définition des politiques de santé.

### La précarité : au-delà de la pauvreté et de l'exclusion

La notion de précarité renvoie, en effet, à une accumulation, éventuellement transitoire et réversible, de conditions de vie instables, génératrices de difficultés diverses, qui ont en commun le risque d'une rupture progressive des liens sociaux qui apportent soutien et reconnaissance dans différentes sphères de sociali-

sation : la famille, le milieu professionnel, le voisinage, le réseau amical notamment [87]. Elle concerne donc, quantitativement et qualitativement, un nombre beaucoup plus large de personnes et de situations que les pauvres ou les « exclus ». Elle s'oppose aussi tout à fait à une vision dualiste d'une société qui serait partagée entre les « inclus » et les « exclus » de part et d'autre d'une fracture sociale — ou encore entre les « gagnants » et les « perdants » des reconfigurations sociales en cours, dans le domaine de l'emploi en particulier — et s'écarte également des catégories construites à partir des dispositifs publics (par exemple, les RMIstes, les chômeurs en fin de droit, etc.) en considérant la vulnérabilité des situations indépendamment de leur prise en charge par le système d'aide sociale [21]. C'est peut-être la largesse même de la notion (dont la prévalence, s'il faut la quantifier, concernerait, à un temps donné, environ 20 % de la population française) qui suscite, dans notre expérience, peurs et réticences à l'utiliser dans toute son acception. Que de fois n'avons-nous pas entendu, quand nous rappelions cette définition, comme un reproche : « *Si on vous suit, alors tout le monde est précaire !* » Oui, beaucoup de gens connaissent ou connaîtront cette situation dans laquelle les capacités à faire face et les ressources (pas seulement financières) se trouvent débordées,

**Pierre Chauvin**  
Médecin et épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm (UMRS 707, Inserm-UPMC, Paris), membre du HCSP

**Pascale Estecahandy**  
Médecin généraliste, praticien hospitalier (CHU de Toulouse)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.



## Les inégalités sociales de santé

ou sur le point de l'être, quand s'enchaînent plusieurs « accidents » de la vie...

Si on accepte cette définition, la précarité et ses liens avec la santé s'inscrivent dès lors pleinement au cœur de la question des inégalités sociales de santé. Et, si l'on pense souvent à l'effet délétère des difficultés matérielles et des ruptures sociales sur la santé, la relation inverse s'observe aussi. La maladie ou le handicap peuvent, en effet, fragiliser les trajectoires de vie ou obérer les conditions d'existence — tout comme le coût de certains traitements médicaux en l'absence de couverture maladie complémentaire. Depuis vingt ans, de nombreuses recherches ont clairement montré que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale et les maladies transmissibles, ainsi que de recours aux soins jugés moins adéquats par les professionnels [63]. Les personnes précaires cumulent aussi les facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. Par ce qu'elle implique comme perte des repères et des sécurités, par ce qu'elle entraîne en termes de perte de la confiance en soi, en autrui et en l'avenir, la précarité s'accompagne en effet du risque d'un affaiblissement du souci de soi et de sa santé — et ce d'autant plus quand les attitudes et connaissances héritées de la socialisation (et ce, dès l'enfance) étaient déjà éloignées des normes médicales.

Ce constat se retrouve de façon plus marquée pour les populations les plus pauvres [85], aux conditions de vie les plus néfastes pour la santé et qui sont pourtant, dans le même temps, les plus à distance du système de soins, comme les personnes sans domicile [45]. C'est également le cas de personnes dont les liens sociaux sont particulièrement rompus, qu'il s'agisse des migrants, notamment sans papier [20], ou encore des personnes incarcérées [41]... Autant d'exemples de groupes de population — peu présents dans les statistiques nationales, les recherches épidémiologiques et les systèmes d'information en santé publique — pour lesquels le souci porté à la santé des « précaires » devrait conduire à s'intéresser plus systématiquement à leurs situations sanitaires. Mais, plus largement, quand on s'interroge par exemple sur l'impact des conditions de vie difficiles d'une proportion croissante des habitants de nos villes qui connaissent des polarisations sociales et spatiales croissantes [22], on s'aperçoit que l'observation de l'état de santé des précaires permet de compléter la description et d'approfondir l'analyse des inégalités sociales de santé, de mettre en lumière certains défauts de notre système de santé et de tirer des enseignements et des pistes d'amélioration qui sont susceptibles d'être utiles à tous.

En ce qui concerne la recherche, ce qui est à l'œuvre, c'est bien une démarche qui tente, d'une certaine manière, d'éclairer le centre par ses marges, dans une approche qui s'inscrit dans la recherche des déterminants sociaux de la santé, en mettant l'accent sur le rôle des ressources psychosociales des individus (au sens le

plus large), mais aussi celui de leurs représentations et attentes de santé, de la concurrence éventuellement à l'œuvre dans le choix des priorités entre besoins de santé et autres besoins fondamentaux (jugés comme tels, à un instant et dans des conditions données), du degré d'intériorisation des normes médicales et de leur confrontation avec celles, propres à la personne, nourries de ses expériences antérieures ou familiales de la maladie et du recours aux soins, etc. Autant de facteurs déterminants qui, on le voit, participent aux inégalités sociales de santé dans le sens où ils renvoient à des processus sociaux qui, à une échelle micro ou macrosociale, produisent, parmi d'autres, les inégalités de santé observées.

### Les inégalités de santé : révélatrices du dysfonctionnement du système de santé

Nombreux sont les professionnels de santé qui font le constat que la santé et le recours aux soins des personnes en situation de précarité sont des révélateurs des dysfonctionnements de notre système de santé, dans sa définition la plus large (incluant, en particulier, la prévention). En effet, depuis plus de soixante ans, celui-ci s'est construit sur un modèle biomédical curatif dans lequel l'accessibilité aux soins est le fruit de la rencontre entre une offre de soins curatifs abondante et une demande solvabilisée par une protection de type assurantiel. Cette accessibilité d'ordre consumériste se révèle souvent inadaptée à la prise en charge des personnes précaires (et totalement inefficace pour les personnes en situation d'exclusion sociale)... mais est-on sûr qu'elle soit réellement la plus efficace pour tout un chacun ? De ce point de vue, certaines stratégies développées prioritairement pour ces publics pourraient très probablement se révéler bénéfiques pour tous : on pense notamment aux nouveaux enjeux et métiers de l'accompagnement dans le système de soins, mais aussi, par exemple, à toutes les stratégies qui visent à réduire les occasions manquées de dépistage et de prévention lors de la fréquentation de dispositifs de soins, ou encore à celles qui consistent à aller activement à la rencontre des publics concernés plutôt qu'à attendre (par quel miracle ?) qu'ils s'adressent à un système de soins devenu infiniment complexe à comprendre. À l'inverse, ne pas considérer comme essentiel que les personnes en situation précaire soient les bénéficiaires prioritaires de dispositifs ou d'actions de santé (on pense notamment au dispositif du médecin traitant ou aux programmes de dépistage organisés), c'est — bien entendu — alimenter et creuser un peu plus encore les inégalités sociales de santé. C'est aussi priver ces personnes du bénéfice qu'elles pourraient retirer de la fréquentation des professionnels et des dispositifs de soins, des bénéfices qui ne sont pas que sanitaires puisqu'on a montré que de telles relations suivies ont, aussi, des conséquences identitaires qui peuvent s'avérer positives en apportant aux personnes soutien individuel et reconnaissance sociale. 🇫🇷