

Une sociologie de combat



.....

Si les soignants étudiaient la sociologie, y aurait-il moins d'inégalités sociales de santé ? De quel silence, et de quel blocage sont-elles entourées ? Un sociologue plaide pour que les médecins intéressés par la question s'emparent des outils de sociologie.

.....

Si l'on prend l'exemple des cancers, qui sont au centre des inégalités sociales de santé, nous avons les taux de cancer parmi les plus élevés d'Europe, en particulier dans le Nord-Pas de Calais. Ainsi, le rapport entre cadres et ouvriers est de un à onze pour celui des voies aérodigestives supérieures. Pourquoi ? D'où vient une telle situation ? La question n'est pas posée. Des tels éléments d'information sont occultés. C'est une question politique, une question de volonté politique de s'attaquer à ça. On se focalise sur « la prévention », on se situe du côté de la responsabilité individuelle face aux comportements à risque. Cette conception sous-tend les priorités gouvernementales en santé publique.

Pierre Aiach,
sociologue,
chercheur au
Centre de
recherche sur la
santé, le social et
le politique
(CRESP).

Article paru dans
la revue *Pratiques*
n° 36 de janvier
2007, sous le
thème « La place
des sciences
humaines dans le
soin ».
(www.pratiques.fr).

Face aux cancers, le rapport de mortalité pour les hommes de 25/54 ans, en 1987-93, entre cadres supérieurs/professions libérales et ouvriers/employés, était de 3,4. Pourquoi ? C'est une question de volonté politique de s'attaquer à ça.

Pourquoi la sociologie et la médecine se préoccupent-elles si peu des inégalités sociales de santé, sujet qui les concerne pourtant de près ? En France, il n'y a pas de politique de lutte contre les inégalités sociales de santé, qui sont pourtant très fortes, supérieures à la moyenne des pays européens. Il n'en est même pas question en terme d'actions précises dans les différents plans (plan Mattei 2002, Plan cancer en 2004). Dans ce dernier, la seule référence est la mention de la lutte contre les cancers professionnels. Mais quand on regarde les mesures concrètes, il n'y a plus grand-chose.

Le recours aux catégories « manuels/non manuels » fait apparaître une très grande inégalité face aux cancers en Europe, et en France encore davantage. Les facteurs de risque professionnels sont censés concerner entre 3 et 5 % des cancers, alors que des études et enquêtes (notamment aux Etats-Unis) montrent que ça peut aller jusqu'à 15 ou 20 %. Cette pathologie est le plus souvent liée à plusieurs facteurs. Les cancers des voies digestives, par exemple : on parle de l'influence de la consommation de tabac et d'alcool, mais on ne souligne jamais la manière dont les effets liés à ces consommations se combinent et se cumulent avec un risque professionnel. Il y a une boîte noire à propos des déterminants, et personne ne veut aller voir ce qu'il y a dans cette boîte noire.

J'ai fait un calcul à partir des cancers des voies aérodigestives supérieures associés aux cirrhoses, on voit alors que l'explication par l'alcoolisme ne rend compte que de 10 à 15 % au mieux du différentiel social de mortalité entre la France et les autres pays européens entre « manuels » et « non manuels ». Quand certains scientifiques, pourtant informés, répètent à l'envie que l'alcoolisme explique les différences en terme d'inégalités sociales de santé

Mots clefs : inégalités, médecine générale, sociologie, formation.

entre régions ou entre la France et les autres pays européens, alors que ce n'est pas fondé, ils semblent être sous l'emprise d'une forme d'idéologie. Ils reprennent à leur compte une vieille thématique selon laquelle si on diminue l'alcoolisme dans notre pays, on va diminuer les inégalités sociales. Or ces dernières sont structurelles, elles sont liées à la façon dont fonctionne notre société. Si le plus souvent ces scientifiques ne sont pas sociologues, il faut reconnaître que les sociologues eux-mêmes s'intéressent peu à cette problématique symboliquement peu gratifiante.

Il y a finalement assez eu peu de recherches sur le sujet en France. Dernièrement, j'ai essayé de montrer que deux phénomènes jouaient en cette matière, un effet d'amplification et un effet d'appropriation sociale.

On ne tient pas compte des effets multipli-

supérieures. Réduire les inégalités par la prévention, sauf exception, c'est un leurre. Il peut arriver qu'il y ait un rattrapage, comme on pourrait l'envisager à propos du cancer du col de l'utérus. Ce serait possible. On sait que si on détecte ce type de cancer à temps, on peut agir très efficacement.

Dans toutes les pathologies, il y a une question de continuum, de temporalité. De même que les phénomènes d'usure, d'exposition aux produits toxiques dont les effets s'accumulent tout au long des années, la survie après diagnostic n'est pas du tout le même selon la catégorie sociale. Plus la survie moyenne est longue, plus l'écart social est grand. Il faudrait faire des recherches sérieuses sur ce type de phénomène. Aujourd'hui, certaines catégories maîtrisent mieux l'accès à la prévention et l'utilisation des soins que d'autres.

Réduire les inégalités par la prévention, sauf exception, c'est un leurre.

cateurs. Les effets liés à des facteurs de risque tels que l'alcool, le tabac, l'alimentation, le travail ne s'additionnent pas, mais se multiplient : cela peut s'expliquer du fait d'une vulnérabilité acquise tout au long de la vie en société. Il y a, en quelque sorte, une usure qui entraîne une vulnérabilité sociale et biologique ; cela produit des effets qui entrent en synergie les uns avec les autres, et ont des conséquences plus importantes que ce qui apparaît dans des calculs de type épidémiologique. Cela crée des événements qui produisent des effets en chaîne. Il y a un effet multiplicateur aussi du fait des relations entre le social et le biologique. Il faut avancer sur ces questions en formulant des hypothèses qui se situent dans cette optique.

Le deuxième facteur, c'est la disposition socialement différenciée à l'appropriation de certains bénéfices potentiels. Il y a des disparités en fonction du capital culturel et des réseaux sociaux dont disposent les individus : ils vont ou non pouvoir et savoir s'approprier des améliorations dues à des innovations thérapeutiques ou à des comportements qui diminuent le risque de maladie. Il y a des gains réels, notamment pour les maladies cardiovasculaires ; gains dont bénéficient toutes les catégories sociales, mais surtout les catégories

La médecine générale, un sport de combat ?*

Dans ce contexte, que puis-je dire de la nécessité d'enseigner les sciences humaines et sociales en médecine ? Cet enseignement est devenu obligatoire, certes, mais cela ne doit pas empêcher de réfléchir aux paradoxes que cette question soulève tant du côté de la médecine que de la sociologie.

La médecine générale n'est pas une science, c'est un art, une pratique qui utilise des savoirs scientifiques acquis lors des études principalement. Pour un certain nombre de médecins et de chercheurs, tout se passe comme si la médecine générale était une discipline scientifique à part entière. Il résulte que pour des raisons liées aux savoirs acquis lors des études, la recherche en médecine générale tourne autour de la recherche clinique et épidémiologique descriptive. Le social, quand il est abordé, l'est avec des outils qui émanent des disciplines les plus en phase avec la formation reçue.

Bourdieu disait que « la sociologie est un sport de combat ». Pour lui, c'est un sport de combat, en ce sens qu'elle est amenée à se défendre et qu'elle doit sans cesse se défendre, parce qu'elle est très dérangeante, remettant en question les idées reçues, et parfois des choses qui ont un poids symbolique important. Si un sociologue travaille sur la médecine, et met en évidence la

* le titre est de la rédaction.



façon dont elle fonctionne, ça peut ne pas plaire à tout le monde. C'est une science critique, dérangeante et pas très optimiste. Elle dévoile la face cachée, souvent noire et triste des choses de la vie en société.

On peut identifier deux mécanismes idéologiques à l'origine du déni scientifique et politique de la réalité structurelle des inégalités sociales de santé en France : d'une part le déni des questions de justice sociale ; d'autre part, les fondements de l'idéologie préventive dominante. Le discours politique des années 70 s'est polarisé sur la lutte contre la pauvreté. Celui des années 90 invoque la précarité et l'exclusion. Dans les deux cas, il s'agirait non pas d'inégalités structurelles, mais de « maux » sociaux limités à certains groupes démunis.

La sociologie pourrait étudier ce qui ne va pas en médecine, entre l'ensemble des acteurs du système de santé. Sur le plan politique, il serait important de mettre en évidence les injustices sociales. Mais pour cela, il faut au départ en ressentir l'intérêt. Est-ce l'origine sociale des étudiants en médecine qui explique le peu d'intérêt pour ces questions ? Est-ce qu'une formation en sociologie aiderait les soignants à envisager un changement dans leur pratique ? Pour améliorer les pratiques des soignants, pour éviter par exemple l'abattage que certains pratiquent, la diminution du poids des contraintes financières et administratives me

semble avoir davantage d'influence que la transmission de savoirs en sciences sociales. Pour être franc, je crois davantage à la recherche émanant des médecins eux-mêmes, avec des outils théoriques et méthodologiques venant des sciences sociales, qu'à un enseignement de quelques heures assuré par des enseignants qui le plus souvent ne sont pas des sociologues. ●

Bibliographie

Revue Santé, société et solidarité, « Les inégalités sociales de santé » revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité 2002.

Aïach P, Fassin D, (sous la direction de) « Les inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien*, N° spécial du 30 décembre 2004.

Leclerc A., Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T « *Les inégalités sociales de santé* », La Découverte, Paris 2000.