



HAL
open science

Les usages médicaux du social

Guilhem Birouste

► **To cite this version:**

Guilhem Birouste. Les usages médicaux du social : Médecine générale et inégalités. Science politique. Université Montpellier 1, 2014. Français. NNT: . tel-01839488

HAL Id: tel-01839488

<https://hal.umontpellier.fr/tel-01839488>

Submitted on 15 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par l'**Université Montpellier 1**

Préparée au sein de l'école doctorale
Droit et Science politique
Et de l'unité de recherche du
Centre d'Études Politiques de l'Europe Latine

Spécialité : **Science politique**

Présentée par **Guilhem BIROUSTE**

LES USAGES MÉDICAUX DU SOCIAL MÉDECINE GÉNÉRALE ET INÉGALITÉS

Soutenue le 16 décembre 2014 devant le jury composé de

M ^{me} Géraldine BLOY, Maître de conférences à l'Université de Bourgogne	Examinatrice
M. Christian BONAÏ, Professeur à l'Université de Strasbourg	Rapporteur
M. François BUTON, Chargé de recherche au CNRS, CEPÉL	Examineur
M. François DUBET, Professeur émérite à l'Université de Bordeaux	Rapporteur
M. Thierry LANG, Professeur à l'Université Toulouse 3	Examineur
M. Laurent VISIER, Professeur à l'Université Montpellier 1	Directeur

UNIVERSITÉ MONTPELLIER 1
École doctorale Droit et Science politique
Centre d'Études Politiques de l'Europe Latine (CEPEL)

THÈSE
pour l'obtention du grade de docteur en science politique
soutenue publiquement le 16 décembre 2014

Guilhem BIROUSTE

Les usages médicaux du social Médecine générale et inégalités

Sous la direction de M. Laurent VISIER

Membres du jury :

M ^{me} Géraldine BLOY, Maître de conférences à l'Université de Bourgogne	Examinatrice
M. Christian BONAHE, Professeur à l'Université de Strasbourg	Rapporteur
M. François BUTON, Chargé de recherche au CNRS, CEPEL	Examineur
M. François DUBET, Professeur émérite à l'Université de Bordeaux	Rapporteur
M. Thierry LANG, Professeur à l'Université Toulouse 3	Examineur
M. Laurent VISIER, Professeur à l'Université Montpellier 1	Directeur de thèse

« La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ;
ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur. »

École doctorale ED 461, Droit et Science politique
Centre d'Études Politiques de l'Europe Latine (CEPEL)-UMR 5112
Faculté de Droit et de Science politique
39 rue de l'Université
34 060 Montpellier CEDEX 2

Résumé

Les usages médicaux du social. Médecine générale et inégalités

La France est caractérisée par un bon état de santé global et d'importantes inégalités sociales de santé. Le renouveau d'intérêt pour ces dernières est l'occasion de questionner une définition univoque centrée sur les résultats au détriment des procédures, dans un pays qui a axé ses politiques de lutte sur le système de soins. La médecine générale y a une place particulière par son apparition récente en tant que spécialité universitaire et la nécessité de se définir qui s'ensuit. Elle est décrite tout à la fois comme pivot du système de soins, agent de santé publique ou chantre d'une relation inter-individuelle et d'une prise en charge globale. Si la médecine est fondée sur les données de la science, elle est aussi une profession prudentielle en ce qu'elle prend en compte des situations singulières, générant de l'incertitude dans la pratique. Parmi les sources de singularité, l'aspect social, tant du patient que du médecin, est à considérer. Dans sa pratique, ce dernier éprouve cependant une diversité de social. Tantôt obstacle à son activité professionnelle et vu comme extérieur au médical, tantôt élément apparenté aux données de la science par l'épidémiologie, il peut aussi être une brique de la construction individuelle du patient sur laquelle s'appuyer, conduisant parfois à une moralisation des conduites et des identités. Les caractéristiques sociales du médecin sont quant à elles souvent oubliées, comme s'il était neutre ou simple représentant de la science. C'est pourtant dans l'interaction entre ces deux mondes que se jouent aussi les inégalités sociales de santé et tout se passe comme si le médecin ne pouvait bien soigner que ses semblables.

Mots-clefs : inégalités sociales de santé ; médecine générale ; profession médicale ; justice sociale ; système de soins

Abstract

Medical Uses of Social. General Practice and Inequalities

France is characterized by a good overall health status and high social inequalities in the health sector. The renewed interest in health inequalities is the opportunity to question a unique definition focused on results at the expense of processes, in a country where policies on tackling inequalities are based on the health care system. General practice has a particular position in this system, as a new academic speciality, which still needs to figure out how to define itself. It is described simultaneously as a health care system gatekeeper, a public health officer or an advocate for inter-individual relationship and holistic care. While medicine is based on scientific evidence, it is also a prudential profession as it considers singular situations, generating uncertainty in practice. Among singular sources, social characteristics of both patients and doctors have to be considered. However, in their practice, physicians experience a diversity of social. Sometimes a barrier to the professional activity and considered external to the medical world, sometimes considered as part of scientific evidences by epidemiology, it could also be considered as a component of the individual construction of the patient on which the physician can rely, with the potential to lead to a moralization of behaviours and identities. The physician's social characteristics are often omitted, as if doctors were neutral or mere representatives of science. It is however in the interaction between these two worlds that social determinants of health inequalities can be found, and it seems that a physician could only provide good care to patients sharing the same similarities.

Keywords: social inequalities in health; general practice; medical profession; social justice; health care system

REMERCIEMENTS

On entend souvent dire qu'une thèse est un travail personnel, en autonomie. Il n'en est rien. Si l'on se sent parfois bien seul devant le travail à accomplir ou les questions sans réponse, cette thèse n'aurait pas vu le jour sans la présence et le soutien de nombreux acteurs. C'est une aventure qui engage non seulement l'auteur de ces lignes, mais aussi des compagnons de recherche et des compagnons de vie (les deux n'étant évidemment pas incompatibles). Cette thèse est le fruit de ces rencontres.

Commençons par le début, la place de la Victoire, la faculté des sciences de l'homme de Bordeaux 2, ses marches, son département de sociologie, son master 2 « éducation et problèmes sociaux », ses professeurs et ses étudiants. Merci pour le dépaysement, les discussions et les projets qui s'en sont suivis.

Les projets se sont concrétisés sous la direction de Laurent Visier et ses multiples rôles. Directeur de thèse bien sûr, mais pas que. Il a su partager son monde, à la fois intellectuel et matériel, et nous faire une place au sein du département de SHS en médecine. Un triptyque semble de circonstance : *care, empowerment, and work in progress* (avec la virgule d'Oxford).

Je dis rarement que je suis en thèse, je dis plus souvent que nous sommes en thèse. Il ne s'agit pas d'un « nous » académique, encore moins d'un « nous » de majesté. Il s'agit du « nous » de Jonathan. Pas facile de remercier quelqu'un avec lequel on a tant discuté, notamment des remerciements que l'on allait faire. Il me reproche déjà de jouer du second degré, préférant une attitude plus authentique. Je lui réponds que sa vérité est tout aussi construite et renvoie à des codes académiques. Il aime me reprocher des choses et je le lui rends bien. D'aucuns disent que nous sommes un vieux couple. Sans doute... Je prends cela comme un compliment.

Lorsque l'on ouvre les portes du département de SHS en médecine (qui en a de plus en plus), on peut observer la vie de l'Institut de biologie et de ses habitants, dans toute leur diversité, dont la présence est plus ou moins discrète mais l'absence bien plus bruyante. Il existe même un homme biologique qui vit au fond du couloir et boit du café avec nous. Mais le café ne suffit pas pour écrire, il faut aussi manger. Heureusement, de l'autre côté de la rue, Joachim fait des barquettes et le Concombre des frites.

Il est un outil qui fait le lien entre le bureau et la maison : l'ordinateur portable. Pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté, je précise tout de suite que ce n'est pas un Mac Book. Il tourne plutôt sous GNU/Linux, utilise LibreOffice comme support de mes pensées et Zotero pour organiser ma bibliothèque et mes citations. Sans oublier le CNRTL et la Banque de dépannage linguistique, outils indispensables dans mes tentatives d'écrire en bon français.

En dehors du bureau, une autre vie poursuit son chemin, en continuité avec la précédente. Celle de tous les jours d'avant le début de la thèse, qui continue pendant et se poursuivra après. Dans les états de la vie de tous les jours il y a bien sûr Nadège qui a rendu possible ce travail au quotidien, qui m'a soutenu dans ce choix aussi astreignant pour elle que pour moi et qui a participé à ce que ce travail se finisse, parfois en insistant pour que ce ne soit pas trop tard. Merci pour les relectures, commentaires, mises en pages, etc. mais surtout pour tout le reste. Et merci aux canards et autres raideux de l'avoir soutenue à son tour quand je n'étais pas suffisamment là.

La vie quotidienne ne serait pas non plus la même sans Paul et Adèle qui m'ont obligé à faire autre chose que travailler devant un ordinateur. Ça y est Paul, j'ai fini ma deuxième thèse et, non, je ne pense pas en faire une troisième. Par contre je vais reprendre une activité de médecin pour prouver à Adèle qui ne me croyait pas que, si, je suis aussi médecin.

Ma famille se compose aussi de personnes avec qui je ne vis plus au quotidien, certaines que je ne vois pas souvent, d'autres plus régulièrement, d'autres encore que je ne peux plus voir et d'autres enfin que je ne vois pas encore (le bonjour à Robinson). Ça fait beaucoup de monde et tous ont leur importance. C'est par exemple utile d'avoir des parents avec un fort syndrome MGEN quand il s'agit de relire une thèse à la recherche d'inévitables fautes.

Il me faut aussi remercier de nombreux amis. Certains avec qui j'ai pris plaisir à discuter de cette thèse ou que j'ai mis à contribution pour palier mes déficits (notamment linguistique), et d'autres avec qui j'ai pris plaisir à ne pas discuter de cette thèse.

Il serait nécessaire de remercier beaucoup d'autres acteurs, parfois invisibles, qui ont contribué au chemin parcouru. Il faudrait en réalité mener une enquête, peut-être une thèse, sur les remerciements dans les thèses, les présents et les absents, et ce que cela dit du travail d'un thésard, du monde universitaire, de la vie de laboratoire, de la société, etc.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

1. Des inégalités en santé.....	18
2. Médecine et société.....	20
3. Des inégalités en médecine générale.....	21
4. Une recherche.....	23

MÉTHODE

1. D'où tu parles ?.....	29
2. Histoire d'enquêtes.....	30
Questionner les inégalités sociales de santé et le système de soins.....	31
Préparation du terrain.....	32
Une observation des dossiers médicaux.....	33
Pourquoi ce choix ?.....	33
Objectifs et dispositif.....	35
Des entretiens.....	37

PREMIÈRE PARTIE. LA SANTÉ COMME INÉGALITÉ

CHAPITRE I. TABLEAU DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ.....	41
1. Émergence d'un concept.....	41
Du XVIII ^e au XIX ^e siècle.....	42
Du XIX ^e au XX ^e siècle.....	46
2. La situation en France.....	49
Mortalité.....	49
Morbidité.....	52
Morbidité déclarée.....	53
Incapacité.....	54
Cancer.....	56
Maladies cardiovasculaires.....	57
Santé mentale.....	58
Les inégalités de santé homme/femme.....	60

3. Modélisations.....	63
Premières explications.....	63
De multiples théories.....	64
Théories générales.....	64
Mobilité sociale.....	65
Distribution de ressources influant sur la santé.....	66
Capacité individuelle à gérer sa santé.....	66
Vers un cadre général ?.....	68
4. Prendre la mesure.....	72
Le social.....	72
Une vision systémique de la société.....	73
Une vision fragmentée de l'individu.....	75
Des indicateurs pour qui et à quel moment ?.....	77
De la critique vers une autre forme de social.....	79
La santé.....	82
Les inégalités.....	85
Mesurer une différence.....	85
Expliquer une inégalité.....	86
Juger une injustice.....	88
Quels liens entre théorie de la justice et santé ?.....	92
5. Politiques des inégalités en santé.....	100
En Europe.....	102
Le Royaume-Uni.....	103
Les Pays-Bas.....	104
La Suède.....	105
Que retenir de ces expériences ?.....	106
En France.....	107
Des connaissances à la prise de conscience.....	107
Vers la construction d'une politique globale ?.....	110
Focalisation sur la précarité.....	117
CHAPITRE II. LE PRODUIT DU SYSTÈME DE SOINS.....	123
1. Santé et système de soins.....	123
Influence du système de soins sur la santé.....	123
La santé, une affaire de spécialistes.....	126
2. Inégalités et système de soin.....	131
Représentations de la santé et rapport au système de soins.....	131
Représentations de la santé et catégories sociales.....	131
Représentation des patients par les médecins.....	137
Accès aux soins et non-recours.....	139
La couverture du risque maladie.....	140
Du droit à l'accès aux droits.....	144
De l'accès aux droits à l'accès aux soins.....	146
La consommation de soins.....	159
Fonctionnement du système de santé.....	162
Soins curatifs.....	162
Prévention.....	167
Lutter contre les inégalités sociales de santé.....	172

3. Médecine générale et inégalités sociales de santé.....	175
La construction de la médecine générale.....	175
Entre individu.....	175
... et collectif.....	180
Rencontre avec les inégalités sociales de santé.....	185
Une place (presque) idéale.....	185
Lutter en médecine générale contre les inégalités sociales de santé.....	186

SECONDE PARTIE. CLINIQUE DES INÉGALITÉS

CHAPITRE I. CE QUE LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FAIT AU SOCIAL.....195

1. Les opérations de classement des médecins.....	195
Les informations notées dans un dossier médical.....	195
Les rapports à l'écrit du médecin généraliste.....	195
(D)écrire le patient : stratégies de médecins.....	200
Le cadre de vie du patient.....	207
La rencontre avec l'Autre.....	207
D'une approche par l'hygiène au point de vue moral.....	209
Ce que dit la diminution du nombre de visites.....	213
L'utilité du social.....	216
Influence du social sur la santé.....	216
Influence de la santé sur le social.....	218
La construction du patient en tant qu'individu.....	218
Ce que cela dit de la profession.....	222
Le médecin généraliste et les inégalités sociales de santé.....	222
La médecine générale comme pratique prudentielle.....	224
L'écriture en action.....	226
2. Les contours du « médical ».....	229
Entre théorie et pratique, les paradoxes du « médical ».....	229
Ce qui est dedans, ce qui est à la marge, ce qui est dehors.....	232
Un rôle social en tant qu'expert.....	232
Une aide directe.....	234
L'éducation à la santé.....	237
L'éducation de l'individu.....	238
Un rôle en dehors du cabinet.....	241
Le « sale boulot » et ce qui est valorisé.....	242
Submergé par le social.....	242
Le « sale boulot ».....	244
Les activités valorisées.....	248
Le médecin, entrepreneur de morale.....	251
À chaque médecin sa pratique.....	253

CHAPITRE II. CE QUE LE SOCIAL FAIT AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE.....255

1. Une consultation à quel prix ?.....	255
Les pratiques du tiers-payant.....	256
Le tiers-payant complet.....	256
Le tiers-payant partiel.....	260

Les actes gratuits.....	261
La gestion des impayés.....	264
La valeur sociale de l'argent.....	265
Entre droit et charité.....	267
Assistance et assurance.....	268
Charité.....	271
2. La construction normative des patients.....	276
Les déterminants d'une bonne relation de soin.....	276
La pathologie.....	277
La confiance.....	280
Le statut social : à chacun son rôle.....	281
Le savoir : à chacun ses compétences.....	286
Une relation socialement déterminée.....	289
Les pauvres.....	290
Les riches.....	295
Parcours de vie.....	298
Portraits du bon et du mauvais patient.....	302
3. Le médecin dans son monde.....	305
La construction d'un monde.....	305
Portraits de médecins.....	309
Paul.....	309
Élisabeth.....	312
Anne-Élise.....	315
Arnaud.....	319

CONCLUSION

1. Légitimité de lutter contre les inégalités en santé.....	329
2. Caractériser le social.....	331
Un social du manque.....	331
Un social objectif.....	333
Un social subjectif.....	336
Un social normatif.....	341
3. Naviguer dans le social et ses inégalités.....	344

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	350
------------------------------------	------------

INDEX DES ILLUSTRATIONS.....	352
-------------------------------------	------------

INDEX DES TABLEAUX.....	353
--------------------------------	------------

BIBLIOGRAPHIE.....	354
---------------------------	------------

INTRODUCTION

Les discussions autour des inégalités sont redevenues depuis quelques années un sujet politique de préoccupation. Une illustration en est la réception de l'ouvrage de Thomas Piketty (2013), *Le capital au XXI^e siècle*, et le débat qu'il a suscité tant en France qu'aux États-Unis. On renoue ainsi avec une problématique datant de plus d'un siècle, celle d'une « question sociale » et de l'accroissement des inégalités entre, à l'époque, une bourgeoisie de propriétaires qui s'enrichit grâce au développement de l'industrie et une classe ouvrière paupérisée travaillant pour elle. Ce retour est sans doute lié à la mise en parallèle du constat d'une accentuation de ces inégalités avec la ou les crises économiques et sociales qui touchent les pays industrialisés depuis les années 1980.

Mais on peut aussi penser avec Thomas Piketty que, au lieu de décrire la période actuelle comme un état de crise, donc transitoire, c'est la période de l'après-Seconde Guerre Mondiale qui constitue l'exception. De ce point de vue, ces inégalités deviennent encore plus inquiétantes, car inhérentes à notre façon de faire société. Les Trente Glorieuses, accompagnées d'une croissance économique inhabituelle, ont amené à construire un modèle de justice sociale fondé sur le travail et le mérite, alors qu'il s'agissait d'une période d'exception. Le retour à une situation “normale” en est d'autant plus douloureux.

Malgré l'accroissement actuel des inégalités, une différence notable avec le XIX^e siècle est sans doute leur moindre ampleur, mais surtout l'impression que ces inégalités sont moins injustes qu'auparavant. Les classes sociales ne seraient plus un cadre de lecture de la société puisque la démocratisation du système éducatif donne, à tous, l'accès à une mobilité sociale nouvelle. Les places ne sont certes pas égales, certaines plus précaires et d'autres plus avantageuses, mais tout le monde y a potentiellement accès. La situation sociale de chacun serait ainsi le reflet de son mérite. Il y a alors moins à discuter des places de chacun que de veiller à ce que tout le monde ait les mêmes chances d'y accéder. Ce raisonnement est bien évidemment critiquable, autant d'un point de vue théorique que de celui d'une réelle mise en pratique de cette égalité des chances (Dubet 2010). D'abord celle-ci n'a pas fait la preuve de son efficacité puisque l'écart continue de se creuser. En ce sens, la disparition des classes sociales correspond plus à une nouvelle vision de la société qu'à une diminution des inégalités telles que l'on pouvait les voir auparavant (Boltanski 2014). Ensuite parce qu'elle met l'accent sur la responsabilité de l'individu dans sa situation. Si les

bonnes places sont méritées, les mauvaises le sont aussi. Pour éviter cette disqualification, elle oblige les perdants à justifier d'une rupture des chances dans un repli identitaire qui met les individus en concurrence. Quoi qu'il en soit, et en considérant que l'égalité des places présente aussi des défauts, on ne peut plus éviter un débat concernant ce qui est juste ou ne l'est pas.

I. DES INÉGALITÉS EN SANTÉ

À partir des remarques précédentes, on peut se poser la question du retentissement de ces notions dans le champ de la santé. En effet, cette dernière peut être considérée comme un bien. Elle fait l'objet d'une régulation par la société et constitue même une source de dépense importante de l'État dont la croissance est continue, en France comme dans de nombreux autres pays. Si la santé coûte de plus en plus cher, son extension n'est pas qu'économique. Les considérations multiples cherchant à définir ce qu'est la santé ne cessent d'élargir son champ, avec la définition de nouvelles maladies mais aussi une vision positive l'assimilant, selon la définition de l'OMS, à « un état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS 2009, p. 1). Autant dire que tout est en lien avec la santé, dans ce que certains appellent une médicalisation, voire une sanitarisaiton, de la société : l'alimentation, la sexualité, les comportements, le travail, etc. La santé n'ayant jamais eu autant d'importance, elle fait l'objet de mesures afin de bénéficier d'éléments de comparaison dans le temps et dans l'espace. Pour illustrer ce poids, l'espérance de vie à la naissance fait partie des trois critères majeurs permettant le calcul de l'indice de développement humain (IDH), avec le niveau d'éducation et le niveau de vie¹. La santé est donc considérée à la fois comme un bien en elle-même, mais aussi comme reflet du développement d'une société. Une attention particulière porte donc sur sa mesure et sa répartition entre les pays et au sein d'une même population.

Comme dans les autres domaines, des inégalités y sont constatées dont certaines sont mises en relation avec les autres inégalités sociales. Là aussi, il s'agit d'une redécouverte

¹ L'indice de développement humain est un indice composite développé en 1990 dans le cadre du Programme des Nations Unies pour le développement par les économistes Mahbub ul Haq et Amartya Sen (nous utiliserons le travail de ce dernier à plusieurs reprises). Il a pour vocation d'élargir l'évaluation du développement d'un pays au-delà de la seule sphère économique considérée jusqu'alors à travers le produit intérieur brut (PIB) par habitant.

puisque cette question a été au préalable développée au XIX^e siècle. Jusqu'alors, la mort dépendait, croyait-on, de la seule sphère de la nature. Il existait certes des différences d'espérance de vie mais elles tenaient du hasard, de la loterie naturelle. La mort était pour ainsi dire un élément qui rendait tous les humains égaux, à la fois point commun et point final de chaque Homme. La conjonction de la « question sociale », du développement d'outils statistiques ou encore des modifications de la médecine ont amené à s'interroger sur un lien entre les conditions de vie et la mortalité. Autour de cette notion jusque-là inexplorée se construisirent des sciences et des politiques qui se donnèrent pour but de lutter contre cette injustice nouvelle touchant les plus pauvres.

L'amélioration des conditions de vie et l'augmentation de l'espérance de vie de chacun, auxquelles il faut ajouter les progrès de la médecine, amenèrent à relativiser cette question. Ce n'est que dans les années 1980 qu'elle refit surface. Une distinction entre l'évolution de ce concept et l'existence même d'inégalités sociales de santé doit néanmoins être faite, puisqu'à la fluctuation du premier il faut confronter la stabilité des mesures quand elles sont réalisées. Plus que d'une réapparition, on devrait plutôt parler de constance des inégalités sociales de santé questionnant la possibilité de changer cet état, reflet d'inégalités plus larges dans la société. Cette "redécouverte", pourtant accompagnée d'une amélioration de la santé de tous, conduit à poser de nouvelles questions pour saisir cette persistance et tenter d'y remédier. D'autant plus que les données font reconsidérer l'explication par la pauvreté absolue pour inclure l'ensemble de la société dans un gradient social.

Sous l'aspect factuel des inégalités sociales de santé, de nombreux points restent en suspens. Chaque terme de la dénomination « inégalités sociales de santé » peut être débattu. D'abord parce que présentées comme telles, ces inégalités sont le résultat d'un calcul, dont il faut auparavant définir les variables, à savoir le social et la santé. Cela veut dire qu'elles doivent être mesurables. Or, autant pour l'un que pour l'autre, une définition quantitative peut-elle suffire à épuiser ce qu'ils sont ? Dans les inégalités sociales de santé, le « social » correspond à une image de la société découpée en classes sociales ou en la mesure de divers paramètres tels que le revenu ou le niveau d'éducation. Nous discuterons de savoir si d'autres possibilités sont envisageables. De même, la santé s'y découpe en éléments objectivés tels que la mortalité ou la morbidité ce qui ne va pas sans poser certains problèmes puisqu'elle pourrait aussi être vue comme un élément tout à fait qualitatif. Quant aux inégalités, nous avons commencé à les interroger avec l'examen de ce qui est juste ou ne l'est pas. Si la première question est celle de la mesure d'une différence, on ne

peut en rester à constater une inégalité et il semble nécessaire de confronter ces concepts avec ce qu'est une société juste, tout en gardant à l'esprit les spécificités de ce bien qu'est la santé.

2. MÉDECINE ET SOCIÉTÉ

La médecine s'est, quant à elle, construite dans le même temps autour d'un renouveau de la clinique et du développement de la microbiologie. Elle s'est ensuite découverte une efficacité à partir de ces modèles, orientant sa pratique dans la direction des sciences naturelles. Les bonnes pratiques médicales sont alors fondées sur la connaissance d'un savoir scientifique spécialisé. Les modalités de production de cette science ont évolué depuis le XIX^e siècle avec le développement de l'épidémiologie et la mise en avant d'une approche probabiliste du risque. La logique médicale reste cependant la même avec, peut-être plus que jamais, une pratique orientée par la recherche d'une adéquation aux données actuelles de la science². De ce point de vue, que peuvent donc faire les professionnels de la médecine de ces inégalités *sociales* de santé ?

Un élément de réponse consiste à ne pas considérer la médecine comme en dehors du monde social. L'activité médicale est une activité sociale, puisqu'elle est une activité humaine, et a été étudiée en tant que telle. La médecine est organisée en système afin d'assumer un rôle au sein de la société. C'est ce qu'a décrit Talcott Parsons (1951) dans une sociologie fonctionnaliste de la profession. La maladie est vue comme une déviance nuisant à la société puisque le malade n'est plus productif et ne peut plus assumer ses rôles habituels. Le médecin utilise la science précédemment évoquée pour le soigner dans le but de le re-socialiser. Le social est donc au cœur de sa fonction. À cette sociologie macrosociale a répondu une sociologie interactionniste, portée en particulier par l'École de Chicago et notamment par Eliot Freidson (1970). La médecine est d'abord vue comme un ensemble de pratiques hétérogènes du fait d'une approche à partir des acteurs, de l'étude de la relation entre un médecin et un malade et des multiples facettes qu'elle peut prendre

² Je n'utiliserai pas dans cette thèse le concept d'*evidence-based medicine* (EBM ou médecine fondée sur les preuves), car celui-ci me paraît contenir des définitions différentes, voire opposées, selon les auteurs. Pour certains il ne correspond qu'à une organisation des données de la science en une hiérarchie des niveaux de preuves, conduisant à une « standardisation » des pratiques (Azria 2012) ; alors que pour d'autres le concept inclut également l'adaptation de ces données à une situation particulière, tenant compte des spécificités du patient et du médecin, dans une approche ascendante et non descendante (« *a bottom up approach* ») (Sackett et al. 1996).

en fonction des contextes. Si la médecine fait corps c'est dans son acception corporatiste, pour conserver les avantages liés à son statut social. Le social est ici au cœur de la relation. Dans cette même idée et sans la développer, la science sur laquelle s'appuie la médecine est elle-même l'objet d'une construction sociale, elle n'est pas hors du monde (Latour 1993a). Il est peut-être vain, en ce sens, d'opposer systématiquement la science et le social, la nature et la culture.

De par cette composante sociale de l'activité médicale, le médecin peut être vu à la fois comme faisant partie du problème ou contribuant à la solution des inégalités sociales de santé. S'il n'en tient pas compte, il peut dans sa pratique professionnelle transmettre des inégalités préexistantes. Ce fût longtemps ce que l'on a pensé du rôle joué par l'école dans les inégalités scolaires, avant de se rendre compte que cette dernière participait aussi à la production de telles inégalités. De même, la consultation médicale ne doit pas être vue comme une boîte noire dont l'action serait neutre, mais comme un lieu de mobilisation à la fois du biologique et du social agissant sur les inégalités sociales de santé.

3. DES INÉGALITÉS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Ce travail est né du questionnement d'un paradoxe concernant les rapports entre inégalités sociales de santé et médecine générale. Non pas que la question soit spécifique de cette discipline, mais plus pragmatiquement parce qu'il s'agit de ma formation initiale. Le médecin généraliste, donc, est tiraillé entre deux injonctions concernant l'attitude qu'il est juste d'adopter pour procurer un bon soin aux patients : traiter de la même manière tous les patients atteints de la même maladie pour ne pas faire de discrimination ou traiter différemment chaque patient pour répondre à la singularité de chacun.

On peut, d'un côté, considérer la médecine comme une science visant à soigner des maladies. En ce sens, l'égalité de traitement des patients pose moins de problème puisqu'il s'agit de ne les considérer qu'au travers des maladies. Or il n'y a pas lieu de traiter différemment deux affections semblables. Au pire le médecin est injuste envers des maladies, s'il en préfère certaines à d'autres, ce qui n'a que peu de conséquences morales sur le patient. S'il existe des inégalités sociales de santé c'est que certains groupes sociaux sont plus exposés aux maladies et donc plus fréquemment malades. Le médecin reste extérieur à la production de ces inégalités du moment qu'il veille, pour être juste, à faire abstraction de l'individu. De l'autre côté, le développement d'une vision de la médecine « centrée sur

le patient » pose cette question de manière différente. Pour être juste, il faut d'abord prendre en compte les malades et non les maladies. Il s'agit d'adapter la pratique médicale en considérant que les patients sont tous des individus différents avec des besoins différents, des demandes différentes ou encore des capacités différentes. Il existe certes des inégalités sociales de santé, mais le médecin généraliste n'est pas concerné par ce phénomène collectif de comparaison entre des patients puisqu'il répond singulièrement à chacun.

Ce paradoxe s'est avéré une fausse question ou, en tout cas, amenait à de mauvaises réponses si l'on en restait là. D'une part, la pratique ne peut être tout l'un ou tout l'autre. La maladie est nécessairement portée par un malade qui rend celle-ci singulière. Le médecin ne peut pas consulter seulement la maladie sans voir le malade. De même qu'à l'inverse ce n'est pas à travers les seuls yeux du malade qu'il accède à la maladie. Il a nécessairement un cadre de lecture de la maladie qui est celui de la science. Dans une consultation, le médecin généraliste voit un patient porteur d'une maladie (ou une maladie portée par un patient) mais il ne voit ni la seule maladie, ni le seul patient. Cette séparation n'est pas plus légitime qu'elle n'est fonctionnelle.

D'autre part, les deux attitudes peuvent participer à la production d'inégalités de santé. La première suppose que le médecin fasse abstraction du patient en tant qu'individu. Or ce dernier est présent, à tous les moments de la consultation, dans une interaction nécessaire avec le médecin : dans le choix de venir voir un professionnel qui accepte de le recevoir, dans la manière de présenter la maladie au médecin, dans celle d'entendre et comprendre ce que le praticien en dit et dans la mise en œuvre d'un soin au sortir de la consultation. Dans chacun de ces moments, l'application des données de la science à une maladie passe par une relation entre le médecin et le patient, et dans chacun d'eux on peut y voir des conséquences conduisant à la production d'inégalités sociales de santé. Avec la seconde attitude, en ne considérant la relation qu'à partir de l'individu, le médecin ne peut être juste qu'avec le malade – si tant est qu'il le soit réellement – et non dans une logique de justice sociale. Même s'il ne les voit pas, il peut être producteur d'inégalités.

La médecine générale est donc à la croisée de plusieurs mondes. Celui de l'universel et du particulier, puisqu'elle est chargée de concilier les données de la science, qui ont vocation à concerner tout le monde, avec leur application dans des situations toujours différentes. Ensuite celui du collectif et de l'individu, la médecine générale a beau être une profession libérale, construite sur un rapport individuel avec un client, le contrat qui les lie

est soumis à des règles collectives. D'autant plus que la médecine bénéficie d'un monopole en la matière et que son client est rendu solvable par une assurance, à la fois collective et obligatoire. La santé est, en effet, considérée comme un bien particulier qu'il faut protéger et une préoccupation de l'ensemble de la population. Le médecin doit donc répondre de sa pratique devant chaque patient et devant la société.

À cela s'ajoute l'originalité de la médecine générale d'être une profession en construction. Bien qu'ancienne par les médecins qui l'exercent, une formation spécifique n'existe que depuis quelques années et son entrée en tant que spécialité reconnue par l'université ne date que de 2004. Cette spécialisation est le fruit de revendications mettant en avant une spécificité de la pratique de médecin généraliste. Si les premières définitions remontent aux années 1970, la recherche d'une reconnaissance, autant dans les textes que dans les pratiques, se poursuit toujours. Les diverses formulations cherchant à construire cette spécificité tracent un chemin entre ces divers mondes : revendiquant un appui sur les données de la science tout en prenant en compte chaque patient dans sa « globalité » et prétendant à un rôle de santé publique tout en se plaçant dans un « colloque singulier » considéré comme propre à une médecine libérale.

4. UNE RECHERCHE

De par ma place de médecin généraliste et de la question pratique dont est issu ce projet de recherche, on peut se demander s'il correspond à une sociologie « de » la médecine ou à une sociologie « dans » la médecine. Pour Robert Straus, qui a popularisé ces termes, il existe une incompatibilité entre les deux. Alors que la première situe le sociologue en dehors de la médecine et propose d'étudier celle-ci en tant qu'objet (« *as an institution or behavior system* »), la seconde le place en « collaborateur » afin d'aider les praticiens dans leur travail d'éducation ou de recherche (« *to help him in the performance of his educational or therapeutic functions* ») (Straus 1957, p. 203). Selon ces définitions, cette recherche s'inscrit clairement dans une sociologie *de* la médecine. L'objectif est bien d'étudier la médecine générale, en tant que profession, et ce qu'elle fait avec les inégalités sociales de santé. Ce n'est pas un travail institutionnel sur commande ayant pour but d'améliorer les pratiques des professionnels. Cependant, comme toute recherche, elle vise à une meilleure compréhension des phénomènes dont on peut espérer qu'elle puisse avoir des conséquences pratiques.

Par ailleurs, cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas s'appuyer sur les acteurs de terrain, leurs connaissances et leurs analyses de l'objet pour alimenter la recherche. Ce sont en effet les mieux placés pour parler de leurs pratiques. Il ne s'agit ni de tomber dans un soupçon permanent les concernant, qui les verrait complètement aveugles aux significations de leurs propres actions, ni dans une naïveté totale du chercheur qui les verrait à l'inverse comme les seuls à pouvoir parler de leurs pratiques. On peut suivre en cela François Dubet qui propose de « suivre les postulats d'une sociologie "phénoménologique", étant donné qu'il n'est de conduite sociale qu'interprétée par les acteurs eux-mêmes qui ne cessent de s'expliquer, de se justifier » (Dubet 1994, p. 98).

Une description plus détaillée de ma place en tant que chercheur, ainsi que des méthodes utilisées au cours de ce travail, tiendra lieu de propos liminaires. Il semble en effet important, puisque je considérerai les inégalités sociales de santé autant que la médecine générale comme des constructions sociales, d'appliquer une approche symétrique à cette enquête et de laisser apparent l'échafaudage permettant de suivre la construction de cette investigation. C'est aussi à cette condition que l'on peut parler de démarche scientifique pour les disciplines des sciences humaines et sociales, dans une objectivation de la méthode, à défaut de l'objet lui-même.

Articuler inégalités sociales de santé et médecine générale nécessite de s'adapter à ce que sont ces deux entités. Il ne s'agit pas de plaquer le premier sur le second, de même qu'on ne peut plaquer la science médicale sur le patient, mais de comprendre la construction de l'un et de l'autre, et de l'un par rapport à l'autre, afin de mettre en évidence les points de contact.

Une première partie de cette enquête consistera donc à discuter de ce concept d'inégalités sociales de santé en partant "d'en haut", c'est-à-dire de la littérature existante. Cela se fera tant d'un point de vue descriptif dans les chiffres et les explications qui en sont données, que des questions que lui posent les théories de la justice sociale, notamment sur ce seul aspect de résultat. C'est en fonction de ce que chaque société considère comme juste ou inacceptable que des politiques sont mises en place, même si la mise sur l'agenda politique possède aussi ses logiques propres. En France, la lutte contre les inégalités sociales de santé reste orientée vers l'accès au système de soins³, sans qu'une politique transversale

³ On pourrait débattre longuement du choix des termes entre système "de soins" ou système "de santé". *A priori*, le premier est une partie du second, la notion de santé étant plus large que les seuls soins. Cependant la définition des soins a tendance à s'élargir avec le temps englobant progressivement le curatif, puis le préventif et pouvant même dépasser les seuls professionnels du soin si l'on tient compte

ne se fasse jour, ce qui renforce d'autant plus l'intérêt d'étudier son rôle dans la production et la réduction de celles-ci. Du non-recours des patients au déroulement des soins curatifs ou préventifs, en passant par les représentations des uns et des autres, nous verrons les moments où les caractéristiques sociales des patients jouent sur le fonctionnement du système de santé. Une place particulière sera accordée à la construction de la médecine générale et aux conséquences des spécificités qu'elle s'attribue sur la prise en compte des inégalités sociales de santé.

Une seconde partie s'attachera, à l'inverse, à partir "d'en bas", de l'exercice de la médecine générale, afin de questionner le rapport de ces professionnels au social. L'enjeu sera de comprendre ce qu'est le social pour le médecin généraliste et ce qu'il en fait. À travers cela, l'objectif est aussi de définir le fonctionnement de la profession. Ces aspects concrets de la pratique seront analysés à partir de deux méthodes : l'observation de dossiers médicaux et des entretiens auprès de professionnels. Nous verrons d'abord les caractéristiques sociales des patients auxquelles les médecins s'intéressent, que ce soit de leur propre volonté ou contraints par le contexte. À ces données sociales correspondent diverses activités du praticien qui entrent, pour chacun d'eux, dans une vision de ce qu'est la médecine générale, du rôle du professionnel et de ses limites. Certaines de ces actions sont valorisées, alors que d'autres renvoient clairement à du « sale boulot ». Mais tous ne s'accordent pas sur les mêmes éléments. Si les médecins tentent parfois d'agir sur le social, ils sont aussi agis par lui. En cela, la gestion du paiement des consultations est un bon exemple de la variété des pratiques, à mettre en regard avec leurs normes et celles qu'ils attribuent à leur profession. Pour poursuivre en ce sens, la relation de soin est, elle-aussi, l'objet d'une construction normative. Le médecin attend certains comportements des patients, qui ne sont pas sans lien avec les catégories sociales de ces derniers. Si l'on parle facilement du social du patient, c'est qu'il s'agit du seul que les médecins rendent apparent. Ce qui ne veut pas dire que les praticiens en sont exempts. La profession est certes socialement construite, mais le médecin l'est tout autant. Chacun d'eux se construit une vision du monde en fonction de sa propre socialisation, qui est à son tour plus ou moins perméable au social du patient. Parler d'une appréhension du social par les médecins est ainsi abusif, il faut sans cesse préciser de quel social on parle et pour quel médecin, ce qui n'est évidemment pas sans effet sur les inégalités sociales de santé.

des théories du *care*. De même la notion de système peut poser problème quand on l'accorde à celle de santé, car s'il existe une organisation des soins comportant des institutions bien définies, l'équivalent est moins évident pour ce qui est de la santé en dehors ou en plus des soins eux-mêmes. Par souci de simplicité, le choix a été fait ici d'utiliser indistinctement les deux expressions.

MÉTHODE

I. D'OU TU PARLES ?

Il va être question dans la suite de ce travail de médecins et de leurs pratiques. Ce qui m'intéresse n'est pas tant ce qu'elles ont de singulier pour ces médecins en particulier que ce qu'elles peuvent dire sur des pratiques de la profession. Pourtant il sera fait référence à plusieurs reprises aux biographies de ces médecins, ces dernières pouvant éclairer leurs actes. Les biographies particulières sont importantes par le fait qu'elles concourent aussi à expliquer les comportements collectifs. Dans cette logique, ce travail est aussi le fruit de ma propre biographie et il me semble juste d'y faire rapidement référence.

Un élément important est sans aucun doute mon parcours professionnel. Je suis en effet médecin généraliste. Je suis donc ce que je vais étudier, ce qui n'est pas sans conséquence pour la suite. Bien sûr, je ne suis pas le premier à le faire et, en un sens, c'est le travail de tout chercheur en sciences sociales étudiant son propre monde. Pour ne citer que deux exemples parmi d'autres, par ailleurs évoqués à d'autres endroits pour leurs travaux, Howard Becker a étudié la « déviance » des musiciens de jazz, ce qu'il est lui-même, et plus proche de ma situation, Didier Fassin est également médecin. Cette position n'est en soi ni bonne ni mauvaise, elle comporte son lot d'avantages et d'inconvénients.

D'un côté, cela ouvre d'abord des portes. Se présenter en tant que confrère permet d'obtenir plus aisément un rendez-vous. Et ensuite au cours de l'entretien, il existe moins un sentiment de jugement extérieur, qui peut cependant être contre-balancé par un jugement venu de l'intérieur et notamment de la faculté, chose que je ne mettais pas en avant. Si le contact est plus facile avec les professionnels, être médecin permet également d'imaginer des protocoles différents de la rencontre avec les acteurs. Être acteur soi-même permet l'accès direct à des éléments qui sont habituellement réservés aux seules fins professionnelles. On peut, pour ainsi dire, obtenir des données de première main. J'aborderai un peu plus loin et plus en détail le procédé qui a été choisi.

D'un autre côté des difficultés sont spécifiques à cette situation. Il y a la question de l'objectivité. Est-on objectif lorsque l'on fait partie de notre objet ? Bien sûr que non, mais est-on jamais objectif, même en étant extérieur ? À mon sens, il n'est pas plus objectif d'être d'un côté ou de l'autre. L'objectivité réside dans l'explicitation du dispositif, seule à même de permettre au lecteur de juger sur pièce tout en tenant compte de la position du chercheur. La question de la neutralité est tout autant une question de présentation par l'auteur que des connaissances préalables du lecteur et des codes de l'exercice, ici un travail de recherche en sciences sociales (Becker 2007). L'autre question que soulève le fait d'être médecin est celle de transformer sa propre situation biographique en thème et ressource d'enquête, configuration souvent décrite dans l'observation participante (Cefaï 2006). Le risque est d'être dépassé par des concepts déjà intériorisés sans arriver à obtenir un regard neuf sur l'objet d'étude. Il peut être tentant d'utiliser des souvenirs, obtenus au cours de l'expérience professionnelle, en tant que matériau, ce qu'il ne faut pas s'interdire *a priori* mais doit être fait avec prudence et toute l'auto-analyse nécessaire. Il faut en effet éviter de mettre en avant des éléments déjà sélectionnés par la mémoire selon d'autres critères que ceux de l'étude et ne pas en rester à une analyse dans un cadre qui est celui du professionnel (Arborio et Fournier 1999).

2. HISTOIRE D'ENQUÊTES

Le choix du terrain est toujours délicat. C'est là que beaucoup se joue puisque c'est à partir du matériau obtenu que l'on peut construire une analyse, et la manière de l'obtenir change la nature de ce matériau. Dans cette optique, je me suis inscrit dans la démarche de recherche qualitative décrite par Howard Becker (1998 ; 2006), c'est-à-dire dans une méthode inductive de construction de l'objet de recherche en cours d'enquête. L'analyse et la théorie se construisent et se modifient sans cesse, dans des allers-retours avec le terrain. C'est là une différence fondamentale avec la recherche quantitative des sciences dites "dures". Pour celles-ci, il est nécessaire d'établir au préalable une théorie, avec des hypothèses fortes que l'on ne modifiera plus. Le terrain servira seulement à tester la validité de ces dernières. Cet interdit pour une certaine partie de la science est considéré ici comme une force. « Ne pas définir précisément et intégralement ces idées et procédures, et être prêt à en changer dès que les résultats l'imposent, n'est pas une faiblesse mais au contraire une des grandes forces de la recherche qualitative, qui rend possible l'élaboration

efficace puis le test ou l'évaluation des hypothèses » (Becker 2009). Cela ne veut pas dire que je parlais de zéro. D'abord parce que, comme je viens de le dire, j'avais une pratique professionnelle antérieure (bien que courte) de ces questions. Ensuite, car ce travail est la prolongation d'un précédent qui constituait à la fois un master 2 recherche en sociologie et une thèse de doctorat d'État en médecine (Birouste 2009), déjà sous la direction de Laurent Visier. Ce travail cherchait à déterminer les facteurs influençant le déroulement d'une consultation, en attachant une attention particulière aux catégories socio-professionnelles. L'enquête consistait en l'observation de consultations, là encore d'abord de façon inductive puis à travers une grille d'observation construite au décours de la première phase.

Partant de là, et après un détour par un autre sujet rapidement abandonné, nous avons cherché des protocoles permettant d'étudier ce qu'étaient les inégalités sociales de santé vues par le médecin généraliste. À partir de cette question, plusieurs étapes peuvent être décrites. Une première phase a débuté avec le questionnement théorique de ce que sont les inégalités sociales de santé. Le terrain en lui-même a comporté plusieurs temps que je propose de décrire dans un ordre chronologique afin de comprendre la démarche de recherche. On peut déjà retenir que deux types de méthode ont été utilisés : une période d'observation de près de 500 dossiers médicaux différents et la réalisation, à différents moments, d'un total de dix-sept entretiens avec des médecins.

Questionner les inégalités sociales de santé et le système de soins

Le premier temps de cette étude a logiquement débuté avec le besoin de mettre à plat certains nombres de questions sur ce que sont et ce que représentent les inégalités sociales de santé et leur rapport avec le système de soins. Je dis « logiquement » car, bien que suivant une démarche inductive, il ne s'agit pas de se laisser complètement porter par le terrain. L'idée n'est pas d'attendre que le terrain apporte, seul, une vérité sortie de nulle part mais de mener conjointement travail théorique et pratique afin que les deux se nourrissent l'un l'autre. On ne peut aller utilement sur le terrain sans avoir au préalable étudié le champ de recherche, mais l'analyse ne doit pas être limitée par ce qui a déjà été dit par d'autres. Il est nécessaire de laisser la porte ouverte à de nouvelles hypothèses en cours de recherche.

Deux types de littérature ont été mobilisées pour questionner ce que sont les inégalités sociales de santé. D'une part des documents de littérature grise, c'est-à-dire des articles ou rapports décrivant ce phénomène et cherchant à en comprendre les mécanismes dans une logique d'action. Il s'agit donc d'une littérature médicale, essentiellement de santé publique, mais aussi des rapports d'organismes de recherche publics en lien avec l'État, comme la DREES. Un second type de littérature est représenté par les sciences humaines et sociales et les sciences politiques qui font œuvre d'une posture critique vis-à-vis de la précédente. Il en est de même pour l'étude du système de soins, et plus particulièrement de la médecine générale, avec une littérature émanant de la profession ou de l'État et une autre des sciences sociales. La distinction n'est pas toujours aussi caricaturale que cette présentation peut le laisser entendre. Il existe des postures réflexives de la santé publique ou des cliniciens sur leur propre travail, comme il se trouve des sociologues ou des politistes qui participent à la mise en œuvre de politiques publiques par exemple.

Préparation du terrain

Un premier temps a consisté à réaliser des entretiens avec des médecins afin de débrouiller le sujet et de ne pas se lancer à l'aveugle dans une direction infructueuse. Quatre entretiens ont été réalisés dans l'optique de chercher quel écho pouvait avoir le social chez des médecins généralistes et si la notion d'inégalités sociales de santé avait un sens dans leur pratique. Les questions tournaient principalement autour de trois axes. En premier lieu il m'intéressait de connaître quelles données demandaient les médecins à leurs patients pour les identifier socialement et dans quel but. Le deuxième axe concernait le lien qu'ils pouvaient faire entre ces données et leur pratique d'un point de vue diagnostique et thérapeutique. Enfin, je cherchais à identifier des actions qui pouvaient paraître sortir du champ strictement thérapeutique au sens biomédical et s'approcher d'une activité parfois péjorativement intitulée « faire du social ».

Du fait de ce caractère de débrouillage, le choix des médecins interrogés s'est fait sur des critères de praticité tout en cherchant une certaine diversité. Ce sont tous des médecins que je connais, parfois personnellement ou seulement professionnellement. Le premier a entre 55 et 60 ans, il exerce en ville et a des fonctions universitaires au sein du département de médecine générale d'une faculté de médecine. Un autre doit avoir environ 35 ans, il vient juste de s'installer, à la suite d'un médecin que je remplaçais régulièrement. C'est

celui que je connais le moins, n'ayant eu avec lui que des rapports professionnels lors de remplacements. Les deux derniers sont également de jeunes médecins, mais qui me sont plus proches. La première s'est installée en ville depuis quelques années et, même si j'ai suivi son parcours, j'ai davantage de rapports amicaux que professionnels avec elle. Le quatrième m'est familier à la fois personnellement et professionnellement, pour la médecine comme pour les sciences sociales. C'est un camarade de promotion tout au long des études médicales et un compagnon de route depuis le master 2 de sociologie jusqu'à cette thèse de sciences politique. Ce statut particulier lui a valu de collaborer à plusieurs reprises au cours de ce travail en tant que cobaye éclairé.

À l'issue de ces entretiens, il était évident que les inégalités sociales de santé n'étaient pas une catégorie pratique pour les médecins généralistes. Certes, tous connaissaient leur existence, de manière plus ou moins juste, mais aucun ne les utilisait en pratique comme élément de l'action. Il fallait donc trouver des voies détournées pour s'en rapprocher. La question de l'observation refit son apparition.

Une observation des dossiers médicaux

Pourquoi ce choix ?

Dans l'idée de décrire et analyser les pratiques des médecins généralistes, une solution pouvait être d'assister de nouveau à des consultations. Ce choix pour mon travail de master 2 avait été rendu possible par mon statut de jeune médecin généraliste en cours de thèse d'exercice et par les médecins sélectionnés pour être observés. En effet, les études d'observations des pratiques médicales se heurtent parfois, à tort ou à raison, à celui du secret professionnel, interprété de manière opportune comme interdisant l'accès à des non-médecins. Mon statut permettait ainsi un partage confraternel des informations, renforcé par le fait que ce travail constituait également ma thèse d'exercice. En tant qu'interne, j'avais à cette époque pris la place d'un stagiaire chez un « maître de stage », c'est-à-dire un praticien recevant habituellement un interne lors de ses consultations à des fins d'enseignement. Cette configuration permettait d'assister à la consultation, tout en prenant le moins possible part aux échanges, afin de ne pas interagir dans une relation médecin-patient.

Cette expérience m'avait permis d'éprouver cette méthode d'observation, avec ses avantages et ses inconvénients. L'observation *in situ* a l'avantage de permettre l'accès à une situation réelle en train de se produire. L'interaction n'est pas traduite par les acteurs et alourdie de leurs représentations du déroulement de l'action, mais vécue en direct par l'enquêteur. De plus, les acteurs, en situation de vie réelle, ne peuvent pas se permettre de jouer un autre rôle que le leur. « La présence dans la situation observée des mêmes contraintes sociales que celles que le sociologue étudie habituellement rend difficile pour les personnes observées de modeler leur comportement en fonction de ce qu'elles pensent qu'il pourrait vouloir ou attendre. Bien qu'elles puissent vouloir dévier de ce qu'elles feraient normalement, les conséquences réelles seraient si importantes [...] qu'elles ne le feront pas » (Becker 2006, p. 75).

À l'inverse, le choix de cette méthode révéla une grande complexité d'analyse. En effet les consultations de médecine générale sont multiples de par les motifs de consultation, de par les diagnostics et de par les caractéristiques des patients et des médecins. Il en résulte un nombre très important de configurations possibles pour un nombre limité d'observations. Une solution peut consister à circonscrire le questionnement à une pathologie donnée ou à une typologie précise de patient afin de « bloquer » un paramètre. Mais ceci n'est possible qu'à la condition de multiplier le nombre d'observations, que ce soit sur le temps ou par le nombre d'enquêteur, et pose inmanquablement des problèmes pratiques de faisabilité.

Un autre biais de cette méthode appliquée à la médecine générale est l'omission du suivi des patients dans la durée. En effet, cette pratique particulière de la médecine est fortement influencée par le fait qu'un certain nombre de patients sont vus régulièrement, en particulier dans le cadre des renouvellements de traitements chroniques qui sont aussi l'occasion d'évoquer d'autres problèmes. Chaque consultation est ainsi influencée par les précédentes et l'instauration préexistante d'une relation originale. De même les consultations futures peuvent être déjà intégrées, par le médecin comme par le patient, à une prise en charge s'étalant dans le temps.

Cependant, au moment de cette nouvelle recherche de terrain, mon statut professionnel n'était plus celui d'interne, mais de remplaçant déjà thésé. Je n'assistais plus aux consultations, je les réalisais mais dans les locaux d'un autre médecin qui était absent. Cette nouvelle configuration et la balance avantage/inconvénient ont orienté le choix vers une observation non pas des consultations elles-mêmes, mais de leur résultat vu sous

la forme des dossiers médicaux. Il est bien évident que c'est une vision partielle du contenu d'une consultation, mais c'est aussi ce qui reste et est considéré comme important par le médecin. Il paraissait donc légitime de s'y intéresser, d'autant plus que c'est un élément rarement étudié, en particulier en médecine libérale. En effet, à l'hôpital le dossier médical est propre à un patient mais commun à un ensemble de professionnels, alors que l'on peut considérer les dossiers créés par un médecin généraliste comme étant aussi personnels pour lui que pour son patient. L'opportunité méthodologique avait fait son œuvre, et comme pour les observations de consultations, je me suis servi de mon statut professionnel actuel pour pousser la porte des cabinets médicaux. Alors médecin généraliste remplaçant j'ai demandé l'accord des médecins que je remplaçais pour utiliser leurs dossiers médicaux à des fins de recherche dans le cadre de cette thèse. Il n'y a pas eu de refus des quatre médecins avec qui je travaillais régulièrement.

Cette méthode a donc la force de son originalité puisque les dossiers ne sont habituellement disponibles que dans une perspective professionnelle et n'ont que très peu été observés avec un autre regard. L'étude de cet outil de travail, permis par la singularité de ma situation, s'avérera ainsi un élément important de cette enquête.

Objectifs et dispositif

Le but de ce dispositif était double. D'abord de connaître les éléments biographiques du patient que le médecin notait dans son dossier. Pour le dire autrement, à quoi ressemble le social dans le dossier médical d'un médecin généraliste. Quels sont les éléments qu'ils notent et ceux qu'il ne prend pas la peine de noter ? Cette question renvoie ensuite vers l'utilisation de ces données recueillies par le praticien. Ces informations furent intégrées dans la grille, permettant une analyse de la régularité de ce qui était noté et de ce qui ne l'était pas. Cependant, au cours du recueil, il est apparu de plus en plus nécessaire de noter des éléments ne pouvant entrer dans aucune grille. Cette nouvelle forme d'enquête, complémentaire de la première, pourrait être qualifiée d'observation ethnographique du dossier. Elle est néanmoins restée limitée pour des raisons pratiques, mes remplacements prenant fin chez les médecins observés.

Un autre but était de faire apparaître des prises en charge différentes de certains patients. Il n'est pas question ici de réaliser une étude quantitative permettant d'identifier des variables influençant cette prise en charge. Il s'agit plutôt de mettre en lumière des cas particuliers et d'en discuter avec les médecins afin de voir ce qu'ils ont de particulier et si un lien peut être fait avec les caractéristiques sociales du patient. Il était donc prévu de

revoir les médecins concernés, ce qui fut effectivement fait quelques mois plus tard. Auparavant, ce recueil de données discriminantes impliquait de choisir certaines pathologies et des prises en charge identifiées. Trois situations ont fait l'objet d'une attention particulière : l'hypertension artérielle, la présence de symptômes anxieux ou dépressifs et la réalisation d'un frottis cervico-utérin.

Cette sélection se justifie par le fait quelles sont à la fois emblématiques du point de vue des inégalités sociales de santé et différentes dans leur approche clinique. L'hypertension artérielle est une pathologie très fréquente en médecine générale, se rapprochant de la notion de facteur de risque. Sa prise en charge est très protocolisée, ce qui lui confère un caractère scientifique au sein duquel le contexte social n'est pas réputé être un facteur majeur. L'anxiété et la dépression sont des pathologies qui dépassent le seul caractère biologique pour intéresser le champ psychique dont on suppose qu'il est plus facilement rattaché à la sphère sociale par les médecins et les patients. Enfin, le frottis cervico-utérin est un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans. Nous sortons donc du seul modèle curatif pour nous toucher au versant préventif de la pratique médicale et aux questions spécifiques qui l'accompagnent.

Le principe était de sélectionner une période de 2 semaines pour les médecins travaillant à temps-plein et de 3 semaines pour les médecins ayant l'équivalent d'un mi-temps afin d'avoir un nombre suffisant de patients par médecin. Pour chacun des patients vus durant cette période de mars 2012, le dossier a été observé sur l'ensemble de l'année précédente. Cela concernait entre 157 et 263 patients par médecin, parmi lesquels il a été décidé de ne pas conserver les mineurs de moins de 18 ans et les personnes vues exclusivement en visites pour lesquelles le dossier n'est pas toujours fiable, ce qui peut être questionné par ailleurs. Il en ressort une base de données de 494 patients, qui ont effectués un total de 3 223 consultations, et dont les dossiers ont été étudiés selon une grille d'observation. Celle-ci comprend les données notées par le médecin à plusieurs niveaux. Tout d'abord cela concerne l'identité du patient et des données socio-démographiques : âge, sexe, profession ; mais aussi le nombre de consultations, si le médecin en question est noté comme étant son médecin traitant et depuis quand ils se connaissent (année de la première consultation). Une autre partie est consacrée au statut du patient vis-à-vis de son assurance maladie : CMU-C, AME, ALD, mutuelle et s'il bénéficie d'un tiers-payant. Enfin, les trois dernières parties font références à des données de prise en charge des situations cliniques choisies.

Des entretiens

L'étude des dossiers permet d'obtenir un certain nombre de critères utilisés par les médecins et montre des résultats de consultations. Cependant cette méthode ne permet pas d'étudier les stratégies et les positionnements des médecins vis-à-vis de leurs patients. Pour cela, des entretiens sont plus adaptés, permettant de pénétrer les modes de pensée de ces acteurs. S'il s'agit d'approcher les réflexions des médecins, il est nécessaire de ne pas en rester à des discours théoriques parfois éloignés des pratiques. Le but est bien de parvenir à l'élaboration des actions.

Pour choisir les médecins interrogés, nous avons cherché à faire varier leurs caractéristiques : des hommes et des femmes, des jeunes et des plus anciens, en milieu urbain et rural, dans des quartiers populaires ou plus aisés. Parmi tous ces critères, celui qui s'est avéré le plus difficile à obtenir fut le milieu rural. Les médecins à qui je l'ai proposé ont presque tous reculé devant la longueur de l'entretien. Je n'annonçais la durée que dans un deuxième temps, cherchant d'abord leur accord sur le principe. Mais plusieurs ont refusé à ce moment-là, quand je parlais de prévoir une demi-heure à une heure, arguant qu'ils n'avaient pas le temps. Cette durée était pourtant minorée, mais eux comptaient sur une durée correspondant au temps d'une consultation moyenne. Ils proposaient un entretien de quinze à vingt minutes pouvant s'étendre jusqu'à un maximum de trente minutes, ce qui était largement insuffisant sachant que la durée moyenne de cette série d'entretiens s'avéra d'une heure et vingt minutes. Sans avoir tenu de comptabilité stricte sur ce point, on peut estimer l'acceptation des médecins à un peu plus d'une demande sur deux. Ainsi, une dizaine d'entretiens de ce type ont pu être réalisés avec une bonne variabilité des médecins. Le sujet était présenté sans référence aux inégalités sociales de santé. Lorsque je les ai contactés, je précisais simplement travailler sur l'activité des médecins généralistes comme prise en charge globale d'un patient dans son environnement social.

Une grille d'entretien a été constituée afin de servir de guide le long d'entretiens qui ont duré entre quarante minutes et deux heures et quart. Cette grille n'avait pas pour but de formater les entretiens dans un style industriel reproductible à l'identique mais de permettre l'abord de l'ensemble des thèmes avec tous les médecins. L'ordre dans lequel les sujets sont débattus n'a pas ici grand intérêt et la discussion se construisait au fil de son déroulement dans un ordre logique mais singulier. La grille a d'ailleurs évolué quelque peu entre le début et la fin de cette période de terrain, à la fois par la manière d'aborder les

sujets et par les quelques questions qui s'ajoutèrent au fil du temps. Cette malléabilité de la grille en fonction du temps, de la construction de l'objet et du médecin interrogé se rapproche une fois encore des préconisations générales d'Howard Becker et, de manière plus précise, de la vision des entretiens par Jean-Claude Kaufmann (2007). Les discussions avec les médecins ont concerné plusieurs thèmes sans directement se confronter à ce que pensent les médecins des inégalités sociales de santé, mais en tournant autour. D'abord par ce qu'est le social pour le généraliste à travers ce qu'il demande au patient et ce qu'il rencontre en visite, en continuant ensuite avec les questions d'argent et d'accès aux soins et en poursuivant par les relations avec les patients. L'entretien se terminait sur une note plus biographique des médecins afin de connaître un peu mieux leur parcours professionnel. Afin de rester centré sur ce qu'ils font et ne pas en rester à ce qu'ils pensent de manière trop générale et détachée de leurs pratiques, les questions furent, sur chaque thème, délibérément orientées vers des exemples, des cas pratiques. Une retranscription des entretiens a été réalisée, assortie d'écoutes répétées et de prise de notes ; cela dans le but de pouvoir faire une analyse de ces échanges à la fois de manière transversale, entre les médecins, et de façon longitudinale pour un même praticien.

À cette série d'entretiens, il faut en ajouter trois autres, réalisés avec les médecins ayant fait l'objet d'une observation. Ces discussions ont une trame différente de celle que je viens de décrire. Je n'ai pas utilisé une grille commune mais personnalisée pour chaque rencontre, en fonction des résultats des observations sur les dossiers. Une première partie consistait en une introduction sur leur manière de remplir les dossiers. Je parle d'introduction, car même si cela m'intéressait en soi, le but était également de ménager une entrée en matière pour la suite. Parler de la prise en charge effectivement réalisée, sur la base de ce qui est noté dans le dossier du patient, peut être considéré comme un jugement de la compétence du praticien. Je l'ai dit, un but était de faire émerger le dossier de patients qui sortent de l'accompagnement habituel du médecin, et qui sont potentiellement des situations d'échec pour ce dernier.

PREMIÈRE PARTIE

LA SANTÉ COMME INÉGALITÉ

CHAPITRE I

TABLEAU DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

I. ÉMERGENCE D'UN CONCEPT

Les différences de santé ont longtemps été expliquées quasi-exclusivement par la nature. Les exemples les plus classiques nous sont donnés au XVIII^e siècle par Jean-Jacques Rousseau (1755) ou Georges-Louis Leclerc Buffon (1799). Je prendrai seulement un extrait de l'*Histoire naturelle* de ce dernier pour illustrer la pensée ayant cours jusqu'à cette époque : « D'ailleurs, si l'on fait réflexion que l'Européen, le Nègre, le Chinois, l'Américain, l'homme policé, l'homme sauvage, le riche, le pauvre, l'habitant de la ville, celui de la campagne, si différents entre eux par tout le reste, se ressemblent à cet égard, et n'ont chacun que la même mesure, le même intervalle de temps à parcourir depuis la naissance à la mort ; que la différence des races, des climats, des nourritures, des commodités, n'en fait aucune à la durée de la vie ; que les hommes qui ne se nourrissent que de chair crue ou de poisson sec, de sagou ou de riz, de cassave ou de racines, vivent aussi longtemps que ceux qui se nourrissent de pain ou de mets préparés ; on reconnaîtra encore plus clairement que la durée de la vie ne dépend ni des habitudes, ni des mœurs, ni de la qualité des aliments ; que rien ne peut changer les lois de la mécanique, qui règlent le nombre de nos années, et qu'on ne peut guère les altérer que par des excès de nourriture ou par de trop grandes diètes » (*Ibid.*, p. 176-177). Ainsi, rien ne peut altérer les lois de la nature, vue ici comme une mécanique immuable. Pour asseoir son argumentation, Buffon évoque quelques pages avant cet extrait des « tables faites sur la mortalité ». Ce sont ces mêmes données et leur développement qui vont changer la manière de concevoir les inégalités de santé.

Dans les sociétés dites développées, on assiste depuis la fin du XVIII^e siècle à une augmentation importante de l'espérance de vie, passée de 25-30 ans à l'époque jusqu'à 80 ans actuellement, soit une multiplication par trois (Vallin et Meslé 2010). On sait actuellement que cette diminution de la mortalité n'est pas synonyme de diminution des inégalités de santé, même si tout le monde a vu sa santé s'améliorer. La prise en compte des inégalités sociales de santé a beau être récente, les disparités de santé liées aux différences de statut social ont probablement toujours existé. Aussi loin que l'on puisse remonter, on retrouve des inégalités. En Europe, les données les plus anciennes datent du XVII^e et du XVIII^e siècle, et s'intéressent à la mortalité dans les villes de Genève et de Rouen (Bourdelaïs 2000). Elles montrent des différences importantes du taux de mortalité à 10 ans et à 60 ans en fonction des groupes sociaux retenus (au nombre de trois, basés sur la richesse). On estime que le régime alimentaire est la principale variable explicative de ces inégalités, considérant qu'une alimentation suffisante protège partiellement des épidémies qui touchent indistinctement les différentes couches sociales. Les personnes au-dessus du seuil d'indépendance économique sont mieux protégées contre les aléas sanitaires et alimentaires. Aux XVII^e et XVIII^e siècles, l'observation d'une diminution progressive de la fréquence et de l'importance de ces crises alimentaires peut également expliquer pourquoi, dans l'étude de Genève, on observe une diminution des inégalités au cours de cette période.

Des travaux plus détaillés ont ensuite été réalisés au XIX^e siècle, participant au mouvement de l'hygiénisme et de la médecine sociale. Parmi les déterminants majeurs avancés actuellement pour expliquer les inégalités sociales de santé du XIX^e siècle apparaissent les conditions de logement et d'hygiène (promiscuité, accès à l'eau, etc.), ainsi que les faibles salaires d'une grande partie de la population. Ces explications concordent avec une accentuation globale des inégalités, que l'on peut lier à l'industrialisation massive de l'époque et aux conditions de logement des ouvriers.

Du XVIII^e au XIX^e siècle

Pour autant l'explication en ces termes ne date pas du XVIII^e siècle, mais de la deuxième partie du XX^e siècle, voire des trente dernières années. Il existe, dès ces premières périodes, quelques textes décrivant des inégalités de mortalité, que l'on peut mettre en lien avec le développement de l'arithmétique politique et de la philosophie des Lumières (*Ibid.*, p. 33).

On retrouve ainsi les travaux de Moheau et son ouvrage *Recherches et considérations sur la population de France*, paru en 1778 et s'appuyant sur des données à cheval entre les XVII^e et XVIII^e siècles ; puis les travaux de Vincens et Baumes à Nîmes ou ceux d'Odier à Genève vers la toute fin du XVIII^e siècle (Vedrenne-Villeneuve 1961). Les données sur lesquelles travaillent les auteurs de cette époque ne sont pas aussi détaillées que celles dont nous disposons actuellement, mais ils parviennent à décrire des différences de mortalité en comparant la « vie moyenne », c'est-à-dire l'âge moyen de décès, dans un quartier ou au sein d'une profession. Les conclusions auxquelles ils aboutissent sur les déterminants de ces inégalités concernent essentiellement la salubrité, la pauvreté et les mœurs. Ce dernier point en particulier conduit à ne pas nécessairement traduire ces différences en injustices. Chacun vit et meurt selon la morale qu'il se donne : suivre une bonne morale protège la santé mais s'adonner à des mœurs réprouvées conduit à une mort plus rapide. Tout est question de choix et il n'y a injustice que si l'inégalité est subie.

Dans la première moitié du XIX^e siècle, le développement des données démographiques du recensement permet, en plus de l'étude des quartiers, de s'intéresser à la mortalité des individus en lien avec leur situation socioprofessionnelle. Plusieurs études telle celle d'Achille Penot, publiée en 1828, continuent d'attribuer aux mœurs immorales des populations les plus pauvres leur état de santé. D'autres études changent le point de vue et tendent à s'intéresser à l'état sanitaire des quartiers. En effet, une pensée néo-hippocratique, influente à cette époque, vise à lier mortalité et environnement, avec en particulier la notion d'insalubrité mais aussi celles de densité de population, d'élévation des sols ou de proximité avec la nature (cours d'eau, végétation, ensoleillement). Il en est ainsi de l'ouvrage topographique du docteur Lachaise (1822) qui impute essentiellement l'état sanitaire d'un quartier à sa densité. Cependant des exceptions apparaissent dans son étude qui lui font considérer la pauvreté comme un critère parfois prépondérant, en particulier dans le XII^e arrondissement de Paris.

Ce sont ensuite les importants travaux de Louis-René Villermé qui vont conforter cette dernière analyse. Il réalise des études de manière systématique, en premier lieu dans la ville de Paris entre 1817 et 1821 puis jusqu'en 1826, en prenant soin de faire varier les paramètres afin d'éviter les confusions entre salubrité d'un quartier et pauvreté de ses habitants. Puis, il entreprend d'étendre ces travaux à l'ensemble des départements français sur la même période, en étudiant la mortalité selon que ceux-ci peuvent être considérés comme riches ou pauvres. Ses conclusions vont à l'encontre de l'idée la plus répandue selon laquelle

L'environnement joue un rôle prépondérant. Selon lui, « la richesse, l'aisance, la misère, sont, dans l'état actuel des choses, pour les habitants des divers arrondissements de Paris, par les conditions dans lesquelles elles les placent, les principales causes (je ne dis pas les causes uniques) auxquelles il faut attribuer les grandes différences que l'on remarque dans la mortalité » (Villermé 1830, p. 311-312). Il poursuit ses travaux par l'étude de « l'état physique et moral de toutes les classes ouvrières » dans les années 1830, sur commande de l'Académie des sciences morales et politiques, s'inspirant notamment de travaux anglais sur le même sujet publiés en 1832 par James P. Kay et Charles T. Thackrah. Il parcourt les principaux sites industriels et observe les conditions de travail des ouvriers et les répercussions sur leur santé, mais aussi leurs conditions de vie (habitat, vêtements, alimentation), leurs salaires avec le calcul de budgets ou encore leurs façons de vivre et leurs mœurs. À Mulhouse, où la situation est d'après lui des plus préoccupantes, il décrit une mortalité qui irait en s'aggravant entre 1812-1827 et 1823-1835. Il semble particulièrement ému par la mortalité retrouvée dès les premiers âges de la vie. « En effet, tandis que la moitié des enfants nés dans la classe des fabricants, négociants et directeurs d'usine, atteindrait sa vingt-neuvième année, la moitié des enfants de tisserands et de simples travailleurs des filatures aurait cessé d'exister, on ose à peine le croire, avant l'âge de deux ans accomplis ». Après avoir expliqué que la raison en est la misère des parents et le manque de soins en découlant, il conclut cette partie par une réprobation clairement morale, faisant appel au sentiment de justice : « Comment admettre que notre état de société offre réellement des conditions dans lesquelles la mort dévore la moitié des enfants avant leur deuxième année accomplie ? Quelles privations, quelles souffrances cela ne fait-il pas supposer ! » (Villermé 1840, p. 254-255).

Ces travaux trouvent leur place dans la question sociale du paupérisme liée à l'industrialisation galopante du XIX^e siècle. Villermé est cependant loin de proposer des solutions proches du socialisme ou même hostiles à l'industrialisme. Dans les conclusions de cet ouvrage, il écrit qu'il serait nécessaire de « réguler une chose qu'il faudrait pouvoir laisser libre », à savoir le temps de travail des enfants, déjà réglementé en Angleterre depuis peu. Ces réformes doivent être conduites au nom de l'humanité, comme l'ont été « l'abolition de la torture et [...] l'émancipation des noirs ». À travers la souffrance des enfants, il dénonce des « maîtres sans entrailles » qui ne cherchent que leur propre fortune ; tout en soulignant par ailleurs « qu'il y en a beaucoup d'autres [...] qui sont animés d'une véritable sollicitude » envers les ouvriers et que ce sont eux qui peuvent le plus améliorer le sort et la morale de ces derniers. Cette description détaillée, comportant

plusieurs niveaux d'explication, aboutit à la critique d'une forme d'industrialisation réifiant la main d'œuvre humaine au nom du profit. Néanmoins la presse des notables a essentiellement retenu la thèse classique de l'époque, selon laquelle ce sont les mœurs dégradées des ouvriers qui sont la cause de leur misère. On peut ainsi dire que Villermé a, au moins en partie, manqué sa cible, selon l'expression de Bourdelais (2000). Ce dernier avance l'hypothèse de l'absence d'un mouvement ouvrier fort et lié à une presse socialisante pour expliquer le faible retentissement de cette étude lors de sa parution. Cet ouvrage contribua tout de même à une prise de conscience au cours des années 1840, avec en particulier une traduction législative par la réglementation du travail des enfants dès 1841. Cette loi est à mettre en relation avec un mouvement plus général en Europe promouvant l'intervention de l'État face à une pensée libérale prônant la seule responsabilité individuelle et le droit contractuel comme limite à ce qu'il est possible de faire. Plusieurs lois « sociales » furent ensuite votées dans la seconde moitié du XIX^e siècle. À noter que ce mouvement fut plus précoce en Angleterre avec plusieurs lois sur le travail des enfants, dont la première date de 1802 dans l'industrie du coton, et dont la conclusion fut le *Factory Act* en 1833. De même, on retrouve plusieurs études sur la condition ouvrière dans les années 1830. Elles dénoncent de façon plus véhémente les conditions de travail des enfants ou la mortalité prématurée des ouvriers et reçurent un accueil plus scandalisé qu'en France.

La fin du XIX^e et la première moitié du XX^e siècle ont été les périodes avec le plus fort accroissement de l'espérance de vie. Cette amélioration globale n'empêche pas la persistance, voire le renforcement, d'inégalités sociales de santé comme l'attestent des travaux plus étayés d'un point de vue statistique comme ceux de Bertillon en 1889 ou Huber en 1912. Ce gain d'années de vie est la conséquence de nombreux facteurs mais principalement l'amélioration des conditions de vie (alimentation, logement, travail, etc). Apparaissent aussi les premiers bénéfices de la médecine hygiéniste, avec la découverte de la microbiologie (Pasteur), qui se concrétisent par des mesures sanitaires à l'échelle de la population. L'exemple le plus emblématique est la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique qui promeut la vaccination ou la déclaration obligatoire de certaines maladies. La santé n'est plus seulement une affaire individuelle mais une responsabilité de la collectivité envers sa population. Cette intrusion de l'État dans la relation individuelle que peut avoir le médecin avec son malade est d'ailleurs assez mal vécue par ces derniers, et ce d'autant plus qu'ils voient arriver des spécialistes non-médecins (biologistes, chimistes,

ingénieurs, administrateurs). Nous y reviendrons plus tard. Un autre concept important apporté par l'hygiénisme est la notion d'« évitabilité » (Lambert 2004), c'est-à-dire le fait que par des actions adéquates on peut éviter un grand nombre de fléaux. Cette idée est à rapprocher d'une rupture dans la conception de la maladie vue alors, notamment par les médecins, comme spontanée : « de nous, en nous, par nous ». La théorie microbiologique révolutionne la « nature » de la maladie pour en faire quelque chose d'extérieur, que l'on peut éviter. Mais cette situation porte en elle un paradoxe. Durant cette période, on assiste à un transfert de l'explication de la santé par les lois de la nature vers les lois humaines. Cela ne concerne d'ailleurs pas que la santé si l'on pense aux changements portés par la Révolution française puis la Révolution industrielle. C'est l'ensemble de l'organisation de la société qui passe d'une donnée naturelle à une construction sociale, accompagnée d'une sortie de la seule explication par la fatalité. Cette évitabilité de la maladie et de la mort entraîne un surcroît de responsabilité pour les Hommes et les autorités. Si ce ne sont plus des données mais des éléments construits, il revient à la société ou aux individus d'en modifier l'édification.

Du XIX^e au XX^e siècle

Au XX^e siècle, le développement d'une médecine « scientifique », clinique et expérimentale, permet d'apporter la « preuve » que l'on peut être efficace dans le traitement des maladies. On passe de la vision préventive de la maladie, chère à l'hygiénisme, à l'idée que l'on peut guérir la maladie par des soins curatifs. La logique amène donc à offrir à tout le monde la possibilité d'accéder aux soins médicaux, notamment à travers les divers systèmes d'assurance qui se mettent en place. La lutte contre les inégalités de santé ne se discute plus vraiment, c'est « une reconstruction a posteriori : dans l'esprit du moment, offrir à chacun les progrès de la médecine fait considérer implicitement que cette démocratisation des soins rend caduque la question des inégalités sociales de santé » (Drulhe 2000, p. 42). C'est par l'accès aux soins et son universalisation que l'on pense régler le problème, ce qui reste encore très présent. De fait, les recherches débutées au XIX^e siècle ont continué un peu après le début du XX^e siècle mais se sont ensuite arrêtées.

Il faut attendre la seconde partie du XX^e siècle pour que des études reprennent et fassent exister le champ de l'exploration épidémiologique des inégalités de santé, en impliquant d'abord peu de chercheurs. Des travaux d'organismes publics mettent en évidence la

persistance de ces inégalités sociales de santé. Lors du recensement de 1954, l'INSEE met en place une étude longitudinale étudiant la mortalité en fonction de catégories socioprofessionnelles. Il ne s'agit donc plus seulement d'étudier la mortalité en fonction d'un quartier d'habitation, de la richesse ou d'un métier, mais d'effectuer des regroupements de populations dont on considère qu'ils ont un ensemble de caractéristiques communes. Diverses analyses, les premières datant de 1957, puis 1965 et 1973, souligneront des différences de mortalité en fonction de la position sociale : « À 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 ans seulement » pour reprendre le titre d'un article paru dans une revue de l'INSEE (Desplanques 1973). Les recensements suivants ont également été étudiés avec le même objectif. L'autre grand organisme investissant ce domaine est l'INSERM qui étudie les causes de décès et aboutit à des résultats similaires.

Ces différents travaux feront progresser l'idée que les disparités de santé ne peuvent pas être expliquées par la seule variable du niveau de vie. L'archétype de cette démonstration étant les professions du secteur public, et en particulier les instituteurs, qui présentent un plus faible niveau de mortalité tout en étant généralement moins bien rémunérés que les professions équivalentes du secteur privé (Cambois et Robine 2001). Pourtant, ces travaux restent en grande partie connus des seuls spécialistes de la question. Ils ne permettent pas, au niveau politique, de dépasser l'idée qu'il faut faire autre chose qu'améliorer le système de soin et son accès. Le principe d'une médecine individualisée et essentiellement curative, basée sur une maladie définie par son seul caractère biologique, reste prépondérant. C'est seulement dans les années 1980 que le débat sur les inégalités sociales de santé revient sur la place publique.

C'est là encore en Grande-Bretagne que la question va commencer à se développer, à la suite de la publication en 1980 du *Black Report* (Black et Working Group on Inequalities in Health 1980). Ce rapport montre comment, malgré l'accroissement de la durée de vie pour chaque catégorie sociale, il persiste des inégalités de santé entre celles-ci. Pire encore, alors que l'on croyait à un amenuisement de ces différences grâce à la démocratisation de l'accès aux soins, il annonce que la tendance est à l'accentuation des inégalités. L'autre apport majeur de cette étude est le concept de gradient social qui renvoie à un continuum des différences de santé tout au long de la hiérarchie sociale. Les inégalités ne concernent pas seulement les plus pauvres, les exclus, en comparaison de tous les autres mais l'ensemble de la population. L'explication des inégalités sociales de santé par les seules conditions de vie, telles que le logement, l'alimentation ou le travail, jusque-là

prédominante, est devenue insuffisante et la compréhension de ce phénomène nécessite d'autres recherches.

2. LA SITUATION EN FRANCE

Avant d'en arriver aux explications actuelles des inégalités sociales de santé, il me semble important de faire un état des lieux plus descriptif du cas français. D'une part parce que les inégalités de santé sont importantes en France, ce qui explique en partie leur arrivée, même tardive sur le devant de la scène, constituant un sujet politique. Mais plus encore, c'est par l'étude de ce qui est présenté comme des faits ou des "données", comme s'il ne s'agissait pas aussi de constructions, que l'on peut appréhender cette question.

Mortalité

Nous l'avons vu, les inégalités sociales de santé ont d'abord été décrites en termes de mortalité. La France possède une bonne espérance de vie globale. En 2010, l'espérance de vie à la naissance était de 84,8 ans pour les femmes et de 78,1 ans pour les hommes, ce qui est supérieur à la moyenne européenne. L'espérance de vie à 65 ans en 2010 reste encore la plus élevée d'Europe, pour les femmes comme pour les hommes, avec respectivement 22,8 ans et 18,6 ans (DREES 2011, p. 89). Ces données, positives et valorisantes, ont pesé dans les éloges adressés à la France par l'OMS, en la classant à la première place pour la « performance globale » de son système de santé (OMS 2000, p. 175). Pourtant, la France présente aussi des données défavorables, ce qui a été présenté sous le terme de « nouveau paradoxe français » au début des années 2000 (Haut comité de la santé publique 2002). Ce rapport dans lequel le Haut comité se félicite « d'excellents indicateurs globaux » met aussi en avant d'autres indicateurs moins flatteurs, qualifiés d'« anormaux » et mis sur le compte de spécificité françaises.

En premier lieu, il persiste une forte mortalité « évitable ». En 2008, on considère que 35 417 décès prématurés (c'est-à-dire par définition avant 65 ans) auraient pu être évités par une réduction de comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses, etc. Les hommes sont largement plus touchés que les femmes et présentent un des plus forts taux d'Europe (37 % de la mortalité prématurée chez les hommes, contre 23 % chez les femmes) (DREES 2011, p. 93). Ce concept épidémiologique

de santé publique renvoie à l'idée que l'on peut éviter de nombreux décès par une prévention primaire efficace qui modifie les comportements individuels. Cet indicateur prête cependant à discussion, et met en lumière certains cadres de pensée de la santé publique et de l'épidémiologie.

Quand il a été créé à la fin des années 1970, le but du groupe de chercheur coordonné par Rutstein était de mesurer la « qualité des soins médicaux en comptabilisant les cas de décès, maladies et incapacités prématurés et évitables » (HCSP 2013, p. 6). L'indicateur a par la suite été repris, évoluant sur la base d'une sélection de causes de décès pouvant « faire l'objet d'interventions disponibles, efficaces et connues » (qu'il s'agisse d'actions curatives ou préventives) avec des limites d'âge adaptées. Actuellement, la tendance portée par l'*Office for National Statistics* (ONS) anglais est de séparer cet indicateur en deux : la mortalité évitable par le système de soins (*amenable mortality*), basée sur les connaissances médicales et techniques et la capacité du système de soin à les appliquer ; et la mortalité évitable par les comportements à risque (*preventable mortality*), basée sur les connaissances des déterminants de santé et les interventions de santé publique ; certaines causes de décès pouvant appartenir aux deux catégories. Si l'on suit ces deux catégories, le paradoxe de la France réapparaît de manière flagrante. Elle est systématiquement dans le bas du classement pour ce qui est de la mortalité évitable liée aux comportements à risque, quelle que soit la cause de décès, et dans les meilleurs pour ce qui est du système de santé.

Le rapport récent du HCSP (2013) traitant de cet indicateur prouve l'enthousiasme des institutions publiques pour celui-ci. Son utilisation est retrouvée en France dans les rapports du HCSP et de la DREES, en Angleterre avec l'ONS et au niveau international avec l'OCDE ou le projet européen AMIEHS, cet indicateur devant permettre d'évaluer la qualité des systèmes de soin et d'établir des comparaisons entre pays. Mais tout en prenant sa part d'engouement, le HCSP rappelle que c'est justement pour telles analyses qu'il existe certaines limitations amenant à rester « prudent ». On retiendra en particulier que de nombreux éléments sont en « interrelations » avec le système de soins : « facteurs socio-économiques, pratiques de santé, facteurs environnementaux... », observation évoquée dès 1990 par Mackenbach. Pour ce qui nous intéresse, il est surtout étrange de vouloir séparer une efficacité propre du système de soin de ces différentes variables, voire de présenter les facteurs socio-économiques comme « [pouvant] masquer l'impact de l'efficacité des systèmes de soins » (*Ibid.*, p. 27). Selon ce point de vue, les paramètres sociaux sont des facteurs de confusion à la fois statistiques et pour la pratique du système de soins. On

pourrait penser au contraire que le travail de ce dernier est justement de prendre en considération ces différents facteurs afin d'être efficace.

Une seconde critique concerne l'autre partie de l'indicateur, celle mettant en cause des comportements individuels qui seraient évitables. Deux points peuvent être discutés. En premier lieu, la notion de « comportements individuels » embarrasse les épidémiologistes. Selon les rapports ils parlent d'abord d'étudier la mortalité liée « aux risques individuels », puis « aux habitudes de vie », « aux comportements à risque » et enfin « aux pratiques de prévention primaire ». Cette évolution fait discrètement passer la responsabilité de l'individu, ce qui était jugé trop stigmatisant, vers le système de santé. Il est en effet difficile de qualifier ces comportements d'individuels quand on voit l'importance des critères sociaux ou géographiques, par exemple dans la répartition de la consommation de tabac ou d'alcool. Dès lors stigmatiser une personne semble abusif et la question du rapport entre individu et collectif mérite tout le moins d'être posée. Ensuite, la santé publique présente ce qui est de l'ordre du social comme plus facilement évitable que ce qui relève du biologique, reprenant une dualité classique entre nature et culture. Cette idée est alléguée dans un encadré d'un rapport du HCSP : « Les inégalités sociales de santé sont systématiques, socialement construites et donc modifiables et injustes » (HCSP 2009a, p. 24). Il est ainsi affirmé que c'est parce qu'elles sont d'origine sociale que ces inégalités sont modifiables. Or l'existence même de la sociologie se base sur l'observation d'une inertie du « social », ayant autant de poids que le « biologique ». Ce n'est pas parce qu'un matériau est « socialement construit » qu'il en est moins réel et moins solide, permettant une déconstruction aisée. Un autre lien est par ailleurs établi entre l'origine sociale d'une inégalité et l'injustice que cela représente, élément sur lequel nous reviendrons plus avant.

L'autre épine des statistiques françaises concernant la santé est que cette mortalité est socialement marquée. Des données récentes, portant sur la période 2000-2008, montrent que les personnes exerçant la profession de cadre ou une profession intellectuelle supérieure ont une meilleure espérance de vie à 35 ans que les ouvriers, cette différence étant de 6,3 ans pour les hommes et 3 ans pour les femmes (DREES 2011, p. 119). Ce type d'inégalité d'espérance de vie est retrouvé selon différents critères jugeant de la hiérarchie sociale : la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'étude ou le revenu (bien que ce dernier ait été moins étudié en France). Il est particulièrement exacerbé pour les personnes ne travaillant pas : les retraités (par rapport à des personnes de leur âge qui travaillent), les

chômeurs et surtout les « inactifs », c'est-à-dire les personnes n'ayant jamais travaillé. Parmi ces derniers, les hommes ont une mortalité près de 6 fois supérieure à celle des cadres en activité (Annette Leclerc, Kaminski et Lang 2008, p. 78).

Malgré ce que l'on a pu penser et espérer, la diminution globale de la mortalité de ces dernières décennies ne s'est donc pas accompagnée de la disparition des inégalités sociales de santé. On observe certes une augmentation de l'espérance de vie de toutes les catégories sociales mais avec des améliorations d'intensité variable. Les études épidémiologiques ne s'accordent pas toutes sur une accentuation des inégalités sociales de santé, mais s'entendent au moins sur la persistance de celles-ci. En France, durant la période 1968-1996, l'amplitude des inégalités de mortalité entre catégories socioprofessionnelles est restée majoritairement stable pour les hommes et les femmes ayant un emploi, mais les inégalités ont augmenté si l'on prend en considération l'ensemble de la population, inactifs compris (retraités, en recherche d'emploi ou autre). Pour les hommes, l'indice relatif d'inégalité utilisé pour comparer les taux de mortalité entre les deux situations sociales extrêmes est ainsi passé de 3,53 à 6,54, les écarts augmentant aussi pour les femmes mais de façon plus modérée (Annette Leclerc et al. 2006). Là encore, des résultats similaires sont retrouvés si l'on s'intéresse à d'autres critères que la catégorie socioprofessionnelle, notamment le niveau d'étude. Sur la même période, les taux de mortalité baissent davantage chez les personnes les plus diplômées que chez les autres, ce qui conduit à une accentuation des inégalités sociales de santé, de manière globale ainsi que pour les principales causes de décès. Cette hausse est observée chez les hommes comme chez les femmes (Menvielle et al. 2007).

Morbidité

Des inégalités sociales de santé ne sont pas seulement décrites au niveau de la mortalité mais aussi dans la quasi-totalité des pathologies, notamment les plus fréquentes comme les cancers et les maladies cardiovasculaires. Avant d'en examiner quelques-unes dans le détail, il semble intéressant d'en donner un aperçu d'ensemble.

Morbidité déclarée

Nous l'avons vu, si la mortalité peut être objectivée, être malade est une notion plus subjective et nécessite de faire appel aux sensations de chaque individu pour évaluer son état de santé, sans que ces représentations puissent être qualifiées de fausses.

Globalement, les personnes occupant une position sociale inférieure se considèrent en plus mauvaise santé (Célan, Guillaume et Rochereau 2014). En moyenne, environ les deux tiers des Français se considèrent en bon ou très bon état de santé. Si l'on reprend les catégories socioprofessionnelles, les cadres sont ainsi 75 % dans cette situation, alors que les ouvriers non-qualifiés ne sont plus qu'à environ 57 %, de même que les inactifs n'ayant jamais travaillés et les employés de commerce. La différence est encore plus importante si l'on considère le niveau d'étude. Ces résultats restent vrais si l'on s'intéresse aux morbidités déclarées. La présence d'au moins une maladie, notamment une maladie chronique, est corrélée avec un faible revenu du ménage, un faible niveau d'instruction des personnes, ainsi que les situations de chômage et d'inactivité (Lanoë et Makdessi-Raynaud 2005). Si l'on compare ces deux types de données, perception de l'état de santé et morbidité déclarée, ces deux auteurs constatent la persistance d'une plus mauvaise opinion de sa santé pour les catégories sociales inférieures, même pour un même nombre de pathologies déclarées. Ils en concluent que cela « permettrait de révéler un mal-être ou une souffrance, difficiles à exprimer à travers les catégories de morbidité retenues, mais d'autant plus ressentis que la position économique des personnes est moins favorable » (*Ibid.*, p. 6). Les représentations de chacun varient aussi avec l'appartenance socio-culturelle, ce dont nous discuterons. Ce qui ne veut d'ailleurs pas dire que cet état de « mal-être » ne puisse pas être considéré comme une morbidité en soi.

Si l'on entre un peu plus dans le détail, des particularités sont intéressantes à souligner. La plupart des pathologies déclarées sont plus présentes dans les catégories sociales inférieures. C'est le cas par exemple pour le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle ou les pathologies mécaniques comme l'arthrose ou les dorsopathies. Mais le gradient social est inversé pour certaines maladies, retrouvées plus fréquemment chez les cadres. C'est le cas pour les allergies, dont les rhinites allergiques, et les maladies de l'appareil respiratoire supérieur, essentiellement les rhino-pharyngites (Allonier, Guillaume et Sermet 2007). Il apparaît ainsi que les cadres déclarent moins de maladies graves mais plus de maladies avec un faible risque vital.

Incapacité

La progression de l'espérance de vie au cours des dernières décennies est essentiellement expliquée par la baisse de la mortalité des plus âgés. Ce constat a conduit dans les années 1980 à se poser des questions sur ces années gagnées chez des personnes de plus en plus âgées : sont-elles des années passées en bonne santé ou bien des années de maladies, de handicap, voire de dépendance ? Plusieurs hypothèses sont alors évoquées (Cambois et Robine 2001) : celle d'un accroissement analogue des incapacités et de l'espérance de vie, aboutissant à une frange importante de la population qui serait dépendante, ou celle d'un accroissement conjoint de l'espérance de vie et de la santé de la population âgée, rendant plus marginale la question de la dépendance. Une dernière hypothèse consiste à penser que l'espérance de vie va parvenir à un seuil critique limitant sa progression mais avec des bénéfices persistants en matière de santé, aboutissant à une compression des morbidités et incapacités. Ces enjeux sont cruciaux pour la santé publique mais aussi d'un point de vue économique et social, notamment avec la question de l'activité sociale des personnes âgées et donc de l'âge de la retraite. Cela se traduit dans la recherche épidémiologique par le concept d'espérance de vie en santé, c'est-à-dire le « nombre moyen d'années que l'on peut espérer vivre dans un état de santé donné (sans incapacité, sans dépendance...) au sein de l'espérance de vie totale, à conditions sanitaires constantes » (Sieurin, Cambois et Robine 2011, p. 1). Ces indicateurs ont suivi l'évolution des définitions du handicap avec différents niveaux : celui de la déficience (altération d'un tissu ou d'un organe), la limitation fonctionnelle (sensorielles, cognitives ou physiques), la restriction d'activité (empêchement de certains actes de la vie quotidienne) et enfin le désavantage social (gêne dans l'accomplissement d'un « rôle normal »). En pratique, cela peut se traduire dans les enquêtes par une gradation telles que : les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sans gêne sur les activités du quotidien, les problèmes fonctionnels plus lourds avec retentissement sur les activités du quotidien et enfin les difficultés dans les activités élémentaires de soins personnels. Ce type d'indicateur est actuellement utilisé dans la plupart des pays développés et a été officialisé en 2003 par l'Union Européenne, comme faisant partie de ses indicateurs structurels.

En France, les premiers résultats ont porté sur les enquêtes décennales sur la santé de 1980 et 1991. Dans ces études, c'est la troisième hypothèse qui semble validée : il est observé un gain à la fois en termes d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité. Ce résultat est confirmé par une étude des mêmes auteurs portant sur 2003 et amenant à

L'observation sur les vingt précédentes années d'une tendance à la hausse de l'espérance de vie « sans dépendance », avec cependant une stagnation de l'espérance de vie sans limitation fonctionnelle (ne débouchant pas nécessairement sur une dépendance). Les analyses les plus récentes confirment en partie ces résultats mais soulignent quelques différences qui poussent à la réflexion (Sieurin, Cambois et Robine 2011). Tout d'abord nombre des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité, bien que plus fréquentes avec un âge avancé, sont présentes précocement, avant 65 ans. Cette observation questionne l'existence d'une période critique, survenant pendant la période d'activité professionnelle. Ensuite il est observé une tendance moins favorable que dans les études précédentes concernant les espérances de vie sans limitation d'activité, de même que ce qui avait été observé précédemment pour les limitations fonctionnelles. Ces dernières données ont deux particularités supplémentaires : elles concernent particulièrement les 50-65 ans et sont sexuellement différenciées. En effet, pour les femmes les années de vie gagnées semblent s'accompagner de restriction dans les activités domestiques, particulièrement dans la période récente. Deux hypothèses principales sont envisagées : l'amélioration de la survie des personnes ayant des limitations fonctionnelles, ainsi que le fait que cette génération de femmes a plus travaillé que la précédente participant à la dégradation de leur état de santé, cette dernière situation étant accentuée par le fait qu'elles assument la grande majorité des tâches domestiques. Les auteurs rappellent bien évidemment les limites méthodologiques d'une comparaison comportant différentes études avec des indicateurs et des questions sensiblement différents, d'autant plus qu'ils sont espacés dans le temps. Cependant il s'agit là d'un faisceau de présomptions, retrouvé également dans d'autres recherches, en particulier une étude suédoise menée par Parker et observant aussi la stagnation, voire le recul, de certaines espérances de vie sans incapacité. Cette possible limite supérieure de l'espérance de vie sans incapacité rend d'autant plus saillante les questions de justice entre catégories sociales, comme nous l'avons évoqué pour les questions de genre, mais aussi comme nous allons le voir pour les catégories socioprofessionnelles.

Dans l'étude portant sur les années 1980 et 1991, le double bénéfice d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité est examiné dans les trois catégories retenues (à savoir des hommes cadres, ouvriers et d'un groupe intermédiaire) mais avec des différences que ce soit pour la mortalité ou l'espérance de vie sans incapacité. « Ces résultats ont mis en évidence un cumul des inégalités sociales de santé : le groupe des ouvriers a l'espérance de vie la plus courte mais aussi la proportion d'espérance de vie avec des incapacités la plus

grande. Le groupe des cadres ne paie pas ces années de vie supplémentaires par davantage d'incapacité » (Cambois et Robine 2001, p. 144). Ceci est confirmé par une enquête plus récente de l'INSEE datant de 2003. Les ouvriers (hommes et femmes cette fois) sont encore les plus désavantagés : « au sein d'une vie déjà plus courte, [ils] passent donc à la fois moins de temps sans incapacité que les cadres, et vivent plus longtemps qu'eux avec des incapacités et des handicaps. » (Cambois, Laborde et Robine 2008). Ainsi, à 35 ans, un cadre supérieur vivra en moyenne encore 34 ans sans incapacité (soit 73 % des 47 ans qu'il lui reste) contre 24 ans sans incapacité pour un ouvrier (soit 60 % des 41 ans qu'il lui reste à vivre). Les auteurs ont qualifié ce phénomène de « double peine » et ont observé qu'il pouvait être généralisé aux autres catégories sociales (à l'exception des agriculteurs) : plus l'espérance de vie est importante, moins on vit avec des incapacités.

Cancer

La part du cancer dans les inégalités sociales de mortalité est considérée comme importante en France. Elle a été évaluée à 40 % pour les hommes de 30 à 64 ans entre 1990 et 1996 et a tendance à augmenter pour les femmes. Ce qui est plus important que dans d'autres pays de l'Europe du Nord (Menvielle et al. 2007). Cette même étude observe une augmentation globale des inégalités de mortalité liée aux cancers pour les hommes entre 1968 et 1996 et les inégalités sont particulièrement marquées si l'on prend en compte les inactifs. Cette augmentation est présente également pour chaque type de cancer. Les cancers regroupent en effet des situations très différentes en termes d'incidence comme de pronostic selon la localisation. Il en est de même pour le poids sur les inégalités, les localisations ayant les parts les plus importantes en ce sens sont les cancers du poumon et ceux des voies aérodigestives supérieures (Lang et Leclerc 2010, p. 65). Ce phénomène a été étudié de manière plus détaillée avec une étude de la mortalité par cancer en France pour la période 1975-1990 en fonction de la catégorie socioprofessionnelle et du niveau d'étude (hommes et femmes de 35 à 59 ans au recensement de 1975) (Menvielle et al. 2005).

Pour les hommes, les inégalités sont de même ampleur pour le cancer que pour la mortalité générale. On retrouve une mortalité par cancer multipliée par 2 si l'on compare les hommes sans diplôme à ceux ayant le baccalauréat ou un niveau supérieur. Des variations importantes existent selon la localisation. Certains cancers n'entraînent pas de différences de mortalités entre des populations socialement différenciées comme le cancer du côlon ou les cancers des tissus lymphatiques ou hématopoïétiques ; d'autres se situent au niveau des inégalités retrouvées globalement, par exemple les cancers de la prostate, de

l'estomac ou du foie. Les cancers dont la mortalité est la plus marquée socialement sont les cancers du poumon, avec un rapport de 1 à 3,5 entre les deux niveaux d'études extrêmes, et plus encore les cancers des voies aérodigestives supérieures. Parmi ces derniers on observe des rapports de mortalité allant de 3 pour la cavité buccale à 10 pour le pharynx (la mortalité de ce type de cancer est peu importante pour les catégories ayant un niveau d'étude élevé).

Concernant les femmes, les moindres inégalités sociales de santé relevées de manière générale entre elles sont en partie retrouvées pour les cancers. C'est la localisation au niveau de l'utérus qui est la plus inégalitaire avec une mortalité allant 1 à 1,9 entre les deux niveaux d'études extrêmes (Menvielle et al. 2007). C'est le onzième cancer le plus fréquent chez la femme avec une incidence estimée pour 2010 à 6,4 pour 100 000 femmes (DREES 2011, p. 246). La constante diminution observée depuis 1980, malgré un ralentissement depuis 2000, ne profite pas avec la même intensité à toutes les femmes. Pour le cancer du poumon on retrouve également une distribution de la mortalité selon la catégorie sociale mais de moindre intensité que pour les hommes (de 1 à 1,6). Ces données sont actuellement à nuancer compte-tenu de la croissance importante de la consommation de tabac chez les femmes, en particulier dans les catégories sociales les plus basses. À noter également le cas particulier du cancer du sein, le plus fréquent des cancers féminins, puisqu'il est décrit une évolution des inégalités avec au départ une situation plus favorable pour les femmes avec le plus faible niveau d'étude, et actuellement une inégalité plus classique bénéficiant aux catégories les plus aisées (Menvielle et al. 2007).

Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont souvent considérées comme des maladies de notre temps et de notre civilisation, liées à l'abondance, l'excès ou le stress. Elles restent dans l'esprit de beaucoup comme touchant particulièrement les plus riches. Cet aspect est notamment visible à travers des travaux parus à la fin des années 1950 (Friedman et Rosenman 1959) et qui décrivaient un surcroît d'événements cardiovasculaires dans un groupe ayant des caractéristiques psychologiques de cadres supérieurs : « *83 men were chosen manifesting an intense, sustained drive for achievement and as being continually involved in competition and deadlines, both at work and in their avocations.* » Ce sont les personnalités de type A, telle qu'enseignées encore récemment dans les facultés de médecine (j'en suis le témoin), et qui dans cette étude avaient sept fois plus de maladies coronariennes que les hommes des autres groupes, ayant des personnalités opposées ou

choisis pour être sans travail et avec un état chronique d'insécurité et d'anxiété. Ce qui a été vrai jusqu'à cette époque d'un point de vue épidémiologique ne l'est plus actuellement. Si pour les catégories sociales supérieures, les maladies cardiovasculaires sont une cause de décès proportionnellement plus importante, c'est surtout parce que les autres causes de décès sont plus rares.

Depuis les années 1970, la mortalité cardiovasculaire a diminué dans toutes les catégories sociales, avec une baisse moyenne de 32 % pour les hommes entre 1970 et 1990 (Lang et Ducimetière 1995). Mais cette baisse globale masque une accentuation des inégalités. Tandis que la diminution était très importante chez les cadres et les professions libérales (- 47 % entre 1982 et 1990), elle n'était que de - 14 % pour les employés et les ouvriers. Pour les femmes on observe une diminution de la mortalité qui semble moins socialement différenciée, mais qui est plus discutée à cause d'une plus faible mortalité et des difficultés d'évaluation de la catégorie sociale. D'autres études portant sur le registre des cardiopathies ischémiques MONICA ont permis d'affiner ces résultats en différenciant l'incidence de la maladie et sa létalité. Le contraste est encore plus important entre les ouvriers avec une forte incidence et une forte mortalité, et les cadres qui ont le profil inverse : une faible incidence d'événements coronariens, qui sont aussi moins létaux. Entre ces deux extrêmes, les employés présentent une incidence supérieure à la moyenne mais une mortalité similaire aux autres groupes (Lang et al. 1997). Et concernant l'hypertension artérielle, la prévalence varie de 25 à 38 % entre le tiers de la population dont le niveau d'études est le plus élevé et celui dont le niveau d'études est le plus faible (Moleux, Schaetzel et Scotton 2011, p. 10).

Santé mentale

La question de la définition de la santé mentale se pose pour les chercheurs (en épidémiologie ou sciences sociales), comme pour les praticiens de santé, et finalement comme pour toutes les pathologies. Mais à la différence des précédentes, cette définition est plus discutée. Pour reprendre la terminologie de Bruno Latour (1991), elle n'est pas « stabilisée » et continue de se promener au cours du temps et selon les acteurs entre un « pôle nature » et un pôle « sujet/société », à la différence du cancer ou des maladies cardiovasculaires considérées de manière plus consensuelle comme biologiques. Anne Lovell décrit trois grandes conceptions des troubles mentaux (Lovell 2000). Le modèle le plus répandu actuellement penche plus du côté de la biologie et aborde la question de manière dichotomique en séparant les malades des autres. Pour ce faire elle utilise

volontiers des critères diagnostiques précis et exclusifs, tels ceux du DSM IV (manuel diagnostique et statistique étasunien) ou de la CIM 10 (classification internationale des maladies de l'OMS). Avant les années 1980, la frontière entre maladie mentale et santé était souvent considérée comme plus floue, avec un continuum apprécié par des échelles psychologiques toujours utilisées par certains. Le dernier modèle est celui des sciences sociales, dans lequel la maladie mentale s'observe aussi comme rupture avec une norme collective. À noter que les sociologues ont été parmi les premiers à décrire le lien entre statut social et santé mentale, dont Émile Durkheim (1897) dans son ouvrage fondateur sur le suicide. Le fait que cette première description ait été réalisée par un chercheur en sciences sociales est d'ailleurs jugé « curieux » par les auteurs, épidémiologistes éminents, d'un des ouvrages phares les plus récents sur les inégalités sociales de santé (Annette Leclerc, Kaminski et Lang 2008, p. 134).

Le choix de l'une ou l'autre des deux premières approches, utilisées en épidémiologie, a des conséquences importantes dans les résultats trouvés. La première avec ses entretiens diagnostiques standardisés a tendance à minorer le rôle des facteurs sociaux et à diminuer l'incidence des pathologies en comparaison avec les échelles psychologiques. Ces dernières ont le défaut d'évaluer l'état d'une personne à un moment donné en prenant peu en considération la durée des symptômes, ce qui rend difficile le discernement entre un état permanent et un état passager. Elles peuvent également donner une impression de flou entre des notions comme la maladie mentale ou la souffrance psychique. Dans la suite des résultats, ces choix vont conditionner la prise en charge par le système de soins. Mais, quelle qu'en soit la définition, discrète ou continue, ou l'origine supposée, biologique ou sociale, la maladie mentale a une dimension sociale dans le sens où elle perturbe les relations sociales, ce sur quoi tout le monde s'accorde.

En France, entre 1999 et 2005, trois grandes enquêtes ont évalué les facteurs liés à la dépression en population générale (Leroux et Morin 2006). Un des premiers résultats est la confirmation d'une différenciation selon le genre, les femmes ayant 1,5 à 2 fois plus de risque que les hommes d'avoir un épisode dépressif dans leur vie. On retrouve également comme facteurs de risques l'isolement social (ne pas être en couple ou vivre seul) et le rapport à l'emploi. Le chômage et l'inactivité (hors étudiants et retraités) sont associés à des épisodes dépressifs plus fréquents. Parmi ces derniers le lien avec la dépression est plus fort chez les hommes que chez les femmes. Travailler est certes plus protecteur que d'être inactif mais il existe des variations selon la catégorie socioprofessionnelle occupée. Plus on monte dans la hiérarchie sociale, moins on est exposé aux troubles dépressifs. Les

catégories les plus à risque sont les ouvriers et surtout les employés. Toutes choses égales par ailleurs, le risque d'épisode dépressif est 1,2 à 1,4 fois plus élevé pour un employé que pour un cadre. Le niveau d'étude et le revenu semblent avoir un lien moins fort puisqu'ils ne sont pas retrouvés dans toutes les études, mais quand ils sont présents ils vont plutôt dans le sens d'un risque accru pour les plus défavorisés. Cette hiérarchie est également perçue si l'on prend comme variable un score de précarité, comme le montre notamment une étude réalisée dans des centres d'examen de santé (Royer et al. 2010). Le pourcentage d'anxiodépressif⁴ dans le quintile le plus précaire est de 41,7 % pour les femmes et de 34,4 % pour les hommes, contre respectivement 17,7 % et 10,0 % chez les moins précaires.

Là encore plus que dans les deux autres situations, se pose la question du rapport de causalité entre la pathologie et la situation sociale.

Les inégalités de santé homme/femme

Nous avons suivi en pointillé à travers les indicateurs précédents des différences de santé entre les hommes et les femmes. Il existe des différences biologiques, de sexe, entre ces deux catégories qui peuvent évidemment être à l'origine de différences d'état de santé. Mais il existe aussi des différences sociales, que l'on qualifie de genre, et il est donc tout à fait licite de considérer les inégalités de santé entre hommes et femmes aussi comme des inégalités sociales de santé. Faire la part des choses et se risquer à savoir ce qui relève du biologique ou du social est un autre problème, que l'on ne peut probablement pas résoudre. Ces questions pourraient faire l'objet d'un travail de recherche à elles seules, et ce n'est pas l'angle que j'ai choisi de traiter en priorité. Mais il est difficile de ne pas en dire un mot du fait de la spécificité de cette question.

Dans la plupart des domaines, les femmes occupent des positions sociales inférieure, que ce soit en termes d'accès à l'emploi ou de revenu par exemple. En conséquence, on s'attendrait plutôt à ce que leur santé soit moins bonne que celle des hommes, puisque c'est la tendance observée pour les autres catégories sociales de statut inférieur. Or les chiffres donnés précédemment vont plutôt dans le sens contraire. Les femmes sont en meilleure santé que les hommes d'après les indicateurs globaux. Actuellement en France, elles ont une espérance de vie supérieure de plus de six ans à celle des hommes, dépassant ainsi les

4 Un anxiodépressif est défini dans cette étude comme ayant un score au test HAD (*Hospital anxiety and depression scale*) anxiété > 12 et/ou dépression > 8 et/ou en cas de prise de psychotropes.

80 ans. Leur mortalité est plus faible pour de nombreuses pathologies comportant un risque vital, comme le cancer ou les maladies cardiovasculaires. Cela pose différemment la question de la justice puisque l'on ne considère pas nécessairement comme injuste une inégalité bénéficiant aux plus démunis. Ceci a d'autant plus de poids que, comme nous le verrons avec Amartya Sen, on voit mal une discrimination négative être réalisée dans les soins, non pas pour des questions de résultats mais plutôt de justice procédurale.

Pour autant ce tableau doit être un peu affiné. D'abord, les femmes ont une morbidité générale plus forte que les hommes, elles se déclarent en plus mauvaise santé. Si les hommes déclarent plus de maladies graves, elles déclarent plus de maladies et de symptômes avec un faible risque vital (Fourcade et al. 2013). Et je rappelle qu'il n'y a pas lieu de minimiser ce résultat en évoquant le fait que ce ne soit que des représentations. En cela, les femmes se rapprochent des indicateurs retrouvés pour les cadres : une plus grande espérance de vie, une morbidité déclarée plus importante pour des maladies plus bénignes et, nous le verrons plus tard, une plus grande consommation de soins. D'autre part, cette plus grande espérance de vie s'accompagne de plus d'incapacités. Les femmes vivent plus d'années avec des limitations fonctionnelles et avec des gênes dans les activités, notamment quotidiennes. Si les difficultés dans les activités commencent au même âge que les hommes, « les années d'espérance de vie supplémentaires dont bénéficient les femmes sont des années durant lesquelles elles sont confrontées à tous les types de restriction d'activité » (Sieurin, Cambois et Robine 2011, p. 9). Pour résumer, si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles vivent aussi avec davantage de maladies et d'incapacités.

Un autre point intéressant est l'analyse des différences de santé non plus des femmes par rapport aux hommes mais des femmes entre elles. Les inégalités de santé liées aux caractéristiques socioprofessionnelles ou de niveau d'étude sont en effet moins importantes qu'entre les hommes. Tout se passe comme si le poids social du niveau de vie avait moins de prise sur la santé des femmes que sur celles des hommes. Les femmes cadres gardent une espérance de vie supérieure à celles des femmes ouvrières mais de manière moins flagrante que pour les hommes. Ce qui aboutit au résultat que les femmes ouvrières ont une espérance de vie plus longue que celles des hommes cadres. En ce domaine les poids respectifs du genre et de la profession ne sont pas les mêmes, mais surtout ils ne sont jamais comparés alors que l'on pourrait tous deux les considérer comme une forme de social. Le genre est un social particulier qui s'insère mal dans la vision hiérarchisée de la

Les usages médicaux du social

société en différentes strates telle que conçue dans cette description des inégalités sociales de santé.

3. MODÉLISATIONS

Premières explications

Au cours des XIX^e et XX^e siècles, les inégalités sociales de santé ont d'abord été expliquées par des déterminants liés à la pauvreté absolue, et en premier lieu les conditions matérielles : logement, travail, sous-alimentation, etc. Sans remettre en question le fait que ces facteurs agissent sur la santé, le rapport Black a obligé à chercher d'autres explications. En effet, un des premiers résultats est que les inégalités sociales de santé ont continué d'augmenter alors que les indicateurs de pauvreté absolue ont régressé. La remise en cause de ce modèle a ensuite été confortée par le suivi de la cohorte Whitehall, étudiée en particulier par Michael Marmot. Cette étude a procédé au suivi de fonctionnaires britanniques, donc tous insérés et avec des conditions de vie plutôt favorables, et a fait apparaître la persistance d'inégalités de santé entre chaque niveau hiérarchique, y compris les plus élevés. Les inégalités sociales de santé ne concernent donc pas seulement les classes les plus basses, mais l'ensemble de la société à travers un gradient social.

Le second élément longtemps mis en avant pour expliquer les inégalités sociales de santé au cours du XX^e siècle a été l'accès aux soins, dans une période où la médecine était vue comme pouvant apporter un surcroît de santé. Cette dernière affirmation a été mise en cause dès les années 1970 en minimisant le rôle du système de soins dans les progrès de l'espérance de vie et le recul des maladies, l'exemple type étant la tuberculose sur lequel nous reviendrons (McKeown 1976). De plus, des études plus récentes montrent que les différences de consommations de soins selon les catégories sociales ne suffisent pas à expliquer les différences de santé (Michel Grignon et al. 2004).

Un autre élément majeur avancé pour comprendre ces inégalités de santé est celui des différences de comportements, suggéré notamment par le rapport Black. Il est en effet retrouvé dans de nombreuses études des consommations d'alcool ou de tabac, des habitudes alimentaires ou de sédentarité variables selon les catégories sociales, et compatibles avec un gradient social. On voit ici le risque qu'il peut y avoir de revenir à des considérations morales réprobatrices tel que décrites précédemment au cours du XIX^e siècle sur les mauvaises mœurs des ouvriers. Il est donc important de situer ces comportements dans un contexte social et de ne pas en faire porter tout le poids à un

individu isolé. D'où l'apparition de la notion de « facteur intermédiaire, lié à des inégalités sociales plus profondes, outre les préférences individuelles pour le risque ou le présent, et donc à d'autres facteurs d'inégalités de santé » (*Ibid.*, p. 10). Par la suite, ces comportements ont vu, eux aussi, leur importance minorée, car ils n'expliquent pas l'ensemble des différences de santé. Par exemple, les différences de santé mesurées dans la cohorte Whitehall ont persisté après contrôle des principaux facteurs de risque (Couffinal et al. 2005a).

De multiples théories

Dans un article récent, Johan Mackenbach (2012) propose un récapitulatif critique des théories actuelles cherchant à expliquer les inégalités sociales de santé et les confronte à ce paradoxe. Il les regroupe en trois théories générales, deux théories se rapportant à la notion de mobilité sociale, deux autres liées à la distribution et à la redistribution des ressources liées à la santé et deux dernières en rapport avec la capacité individuelle de gérer sa santé. Cette classification, que je propose de suivre, reste une possibilité parmi d'autres tant les différentes explications se croisent et se mêlent par moment.

Théories générales

La première théorie générale part d'un raisonnement mathématique consistant à dire que l'accroissement relatif des inégalités de santé est un artefact inévitable lié à la baisse globale du niveau des indicateurs de morbi-mortalité (*mathematical artifact*). Des études ont en effet montré que le risque relatif d'inégalités en termes de morbi-mortalité augmente quand cette même pathologie est plus rare de manière absolue. Cependant, cette règle n'a rien d'automatique, il existe des cas d'amélioration globale de la santé sans accentuation des inégalités, et le lien retrouvé n'inclut pas obligatoirement un lien de causalité. De plus, on observe des inégalités non seulement en termes relatifs mais aussi en termes absolus et ces dernières semblent comparables aux inégalités relatives.

La deuxième théorie générale est celle des « causes fondamentales » (*fundamental causes*), appelée également en France « cause des causes ». Elle affirme que les inégalités sociales de santé ne sont que l'expression spécifique d'inégalités sociales plus globales liées à la stratification sociale. Le statut social d'une personne détermine ses ressources : connaissances, argent, pouvoir, prestige, relations, etc. Celles-ci lui permettent d'être

mieux à même de gérer sa santé. Il s'agit d'une théorie proche de l'appréhension de ce problème par la sociologie qui considère souvent que les conséquences sanitaires des inégalités sociales ne sont qu'un exemple parmi d'autres des conséquences des inégalités observables dans une société. L'idée principale est que « les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique » (Aïach et Fassin 2004, p. 2225). Selon Mackenbach, cette théorie ne fait que reformuler le problème sans réellement apporter de solution spécifique.

La dernière théorie générale conçoit les inégalités sociales de santé comme une construction tout au long de la vie (*life course model*). On observe en effet que les conditions biologiques et sociales dans l'enfance, ou même *in utero*, ont une influence sur l'état de santé à l'âge adulte. Certains ont même décrit ce phénomène sur plusieurs générations (Trannoy 2009). Les inégalités sont ici vues comme un processus cumulatif lié à des parcours de vie, à des « carrières » pour reprendre un terme sociologique, et pas seulement une addition de facteurs de risque au cours de la vie. Il existe un « effet d'amplification », où l'impact d'un facteur de risque voit son effet démultiplié pour les populations les plus vulnérables ; et un « effet d'augmentation ou de maintien », qui consiste pour les populations les plus favorisées à maximiser le profit des mesures sociales et politiques (Aïach 2004). Cette théorie pourrait expliquer l'inertie de l'évolution des inégalités de santé, à nuancer cependant par le fait que des évolutions des conditions sociales peuvent se traduire rapidement en termes de santé. Mais un autre paradoxe persiste pour Mackenbach : des États avec des politiques sociales fortes, évoluant maintenant depuis quelques dizaines d'années donc sur plusieurs générations, persistent à avoir des inégalités sociales de santé en augmentation.

Mobilité sociale

Deux théories se rapprochent des notions de mobilité sociale et de composition de la hiérarchie sociale. La première suggère que les problèmes de santé influent sur la mobilité sociale. Ce ne seraient donc plus les inégalités sociales qui seraient la cause d'inégalités de santé mais l'inverse : la maladie est aussi un handicap social, conduisant les personnes affectées à se retrouver dans les classes sociales inférieures. Il s'agit d'une sélection sociale (*social selection*) par la santé, soit de manière directe comme exprimé précédemment, soit de manière indirecte quand les mêmes caractéristiques agissent à la fois sur la santé et le statut socio-économique. La seconde théorie souligne que la mobilité sociale

intergénérationnelle est globalement en augmentation dans les pays les plus riches, et permet de diminuer la transmission d'un statut social pouvant influencer sur la santé d'une génération à l'autre. Cette sélection se fait à partir de caractéristiques individuelles (*personal characteristics*) selon un modèle méritocratique, et ces mêmes caractéristiques contribuent également à un bon état de santé. À noter que ces qualités personnelles peuvent être en partie la conséquence de l'environnement de vie, par exemple en augmentant le stress quand les conditions de vie sont difficiles.

Distribution de ressources influant sur la santé

Le deuxième groupe de théories est lié à la distribution des ressources pouvant agir sur la santé. Une première théorie est axée sur les ressources « matérielles » (*neo-materialist theory*). Il n'est plus à démontrer que les sociétés, quelles qu'elles soient et quelles que soient leurs politiques sociales, n'aboutissent pas à une redistribution égalitaire des biens matériels ; et que celle-ci conduit à des inégalités de santé. Ceci participe à l'explication de la persistance des inégalités sociales de santé mais on ne retrouve pas de lien entre ces dernières et les variations ou les amplitudes de ces inégalités matérielles. Dans la même veine une théorie prend en compte non pas les aspects matériels mais psychosociaux (*psychosocial theory*). Elle met l'accent sur le rôle du stress psychosocial, du manque de support social et du sentiment de maîtrise et leurs conséquences sur la santé. Les personnes des classes sociales les plus hautes ont en effet une plus grande impression de maîtrise de leur vie, corrélée avec des comportements favorables à une bonne santé. L'inverse étant décrit pour les personnes aux bas de l'échelle sociale quant à la perception qu'ils ont de leur propre état et les conséquences en termes de stress. Richard Wilkinson (2002), qui a participé à développer cette théorie, met en avant l'influence primordiale de la perception de sa place dans une société hiérarchisée, c'est-à-dire les inégalités relatives. Il développe les conséquences psychosociales du stress induit par une position d'infériorité, à la fois en termes de comportement mais aussi en termes biologiques.

Capacité individuelle à gérer sa santé

Les deux dernières théories s'intéressent à la valeur de ressources bénéfiques pour la santé. La première de ces ressources est l'accès à l'innovation et ses différences de diffusion selon les catégories sociales (*diffusion of innovations*). Certaines études expliquent que les personnes appartenant aux catégories sociales les plus hautes adoptent plus rapidement des comportements favorables à une bonne santé. Dans les pays riches, ces comportements ont

un impact d'autant plus grand en termes de morbi-mortalité que ces dernières années ont vu l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques, dites de l'abondance, influencées par ces comportements. Des théories similaires décrivent un accès et un usage plus précoce des nouvelles prises en charge, préventives et curatives, dans les catégories sociales les plus élevées par rapport aux plus basses. Cet avantage temporaire décrit dans ces théories est considéré comme permanent et héréditaire dans la théorie du capital social (*social capital*). Les catégories aisées sont dépeintes comme possédant des connaissances, attitudes et compétences qui leur permettent d'accéder à un meilleur état de santé.

En conclusion, Mackenbach juge que les trois théories générales permettent un recadrage utile mais sans apporter de réelles réponses à la persistance des inégalités sociales de santé et à leur extension dans les États-providences. Le deuxième groupe de théories, en mettant en avant la persistance d'inégalités quant à l'accès à des ressources matérielles et immatérielles (théories néo-matérialistes et psychosociales), expliquent pourquoi les inégalités sociales de santé existent toujours sans donner de raison à leur extension. Il reste donc pour lui deux grandes hypothèses participant à expliquer ce phénomène. La première est liée à l'augmentation de la mobilité sociale dans les États-providences qui aboutit à une stratification sociale pénalisant les personnes ayant des problèmes de santé et homogénéisant les classes sociales sur des critères communs avec les caractéristiques personnelles liées à la santé. C'est donc un effet paradoxal de la méritocratie qui en sélectionnant, notamment sur le niveau d'éducation, une part de la population de plus en plus importante (démocratisation de l'éducation) conduit à un accroissement des inégalités sociales de santé. On retrouve d'ailleurs ce débat sur le mérite dans le fonctionnement du système éducatif et les inégalités sociales qu'il reproduit lui aussi (Duru-Bellat 2009). La seconde hypothèse se fonde sur une évolution historique des l'épidémiologie des maladies avec un essor des maladies chroniques, plus fortement liées aux comportements. Ceci a conduit à donner plus d'importance à des facteurs comme le capital social ou l'acceptation des innovations.

Ces conclusions peuvent amener à se (re)poser la question du caractère équitable ou non d'une distribution inégale de la santé dans une population. Pour certains, du fait que la santé ne peut être redistribuée, les inégalités s'y rapportant ne sont pas nécessairement injustes, même si l'on peut regretter leur existence. Si l'on considère que les facteurs les plus importants actuellement à l'œuvre pour expliquer les inégalités sociales de santé sont

liés à la mobilité sociale, aux compétences de chaque individu et à leur mérite, ces inégalités peuvent paraître moins injustes qu'auparavant, puisque relevant du mérite de chacun. Il y aurait ainsi des inégalités justes et d'autres injustes. Il faut cependant souligner la persistance d'inégalités matérielles et le fait que les choix présentés comme individuels ne sont pas toujours librement choisis. En d'autres termes, les conditions de l'égalité des chances ne sont pas remplies. Et quand bien même ces inégalités relèveraient d'une égalité des chances et, en ce sens, ne seraient pas injustes, il reste que l'on peut critiquer cette conception de la justice qui ne s'intéresserait qu'aux chances et ne considérerait pas des résultats tragiques de par leur existence même quelle que soit leur construction (Dubet 2010). Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur ces questions de justice sociale.

Vers un cadre général ?

On voit ainsi que de nombreuses hypothèses sont envisagées, toutes ayant une part de réalité mais aucune ne suffisant à rendre compte de l'ensemble des inégalités. Certains chercheurs ont tenté d'organiser ces différents éléments à l'intérieur de modèles.

Un des plus connus et des plus utilisés est sans doute celui de Dahlgren et Whitehead (1991), publié en 1991 (Illustration 1). Il consiste en la superposition de couches avec au centre l'individu « biologique » avec des paramètres non modifiables, et une extension progressive vers des éléments micro puis macroscopiques de l'environnement. Ce découpage a l'avantage de simplifier par un schéma un phénomène complexe, mais il ne permet pas de hiérarchiser les différents facteurs. Et ceci se révèle handicapant si l'on souhaite en faire un outil décisionnel de santé publique, par défaut de mise en perspective des priorités d'action (Guichard et Potvin 2010). Par la suite, de nombreux auteurs ont proposé différents modèles, considérant que le précédent avait par ailleurs l'inconvénient de ne pas présenter certains éléments qu'ils considéraient importants. Un modèle plus dynamique, réalisé par Diderichsen, Evans et Whitehead, montre comment le contexte social génère une stratification sociale, qui va elle-même conditionner l'exposition aux facteurs de risque. La position sociale va aussi entraîner d'une part une sensibilité différentielle des individus à ces facteurs, favorisant ou non l'apparition d'une maladie, et d'autre part des conséquences sociales différentielles de la maladie. On retrouve aussi dans ce schéma les effets consécutifs de la santé sur l'environnement social de l'individu (conditions de vie, emploi, etc.). Un autre modèle, présenté par Mackenbach, illustre

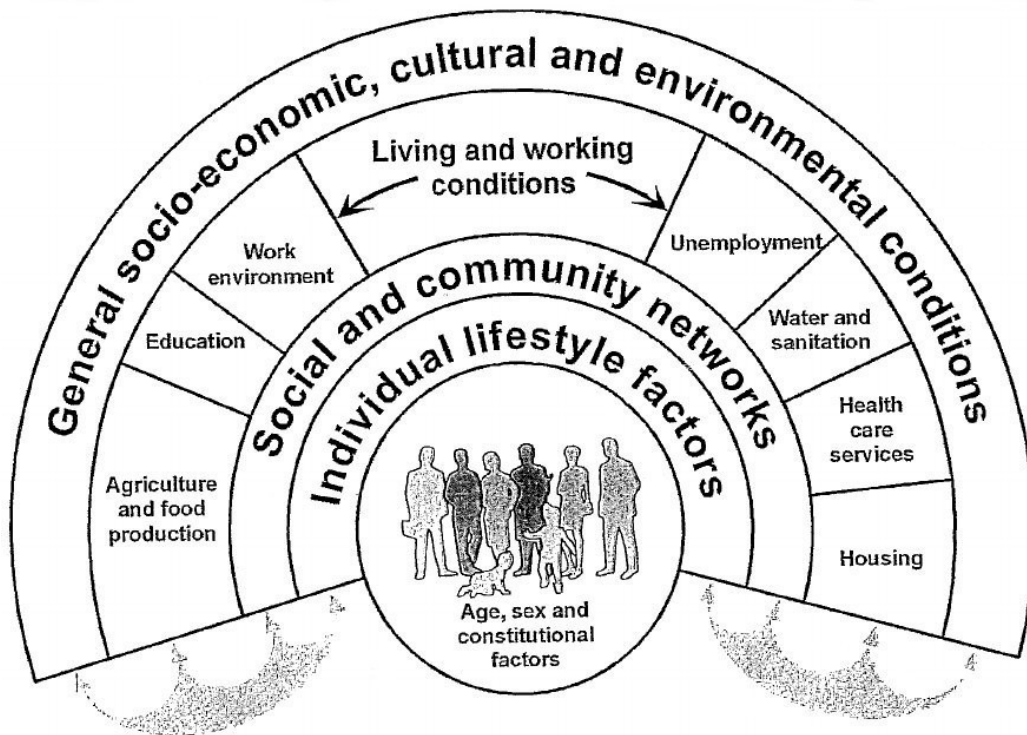


Illustration 1 : Principaux déterminants de la santé (Source : Dahlgren et Whitehead 1991, p. 11)

l'importance de l'élément temporel en mettant en avant des effets de sélection dès le plus jeune âge. La santé, l'environnement, les facteurs culturels et psychologiques dans l'enfance ont une influence sur la position socio-économique à l'âge adulte, mais aussi le style de vie, les déterminants structurels et les facteurs psychosociaux. Tous ces éléments ayant à leur tour un effet sur l'état de santé à l'âge adulte, qui influe lui-même sur la position socio-économique.

Par la suite, l'OMS s'est emparée de la question des inégalités sociales, lui octroyant une nouvelle légitimité. Elle a créé en 2005 une commission chargée de travailler sur les déterminants sociaux de la santé et de proposer des actions afin de lutter contre les inégalités sociales de santé. Celle-ci a rendu public un rapport en 2008, offrant un cadre conceptuel à ces déterminants et dont la dernière version, qui fait actuellement référence, est présentée ci-dessous (Illustration 2). Ce modèle a notamment pour but de hiérarchiser les différents facteurs, en vue d'une utilisation dans les politiques publiques. Il place au premier plan les déterminants « structurels » qui « génèrent une stratification au sein

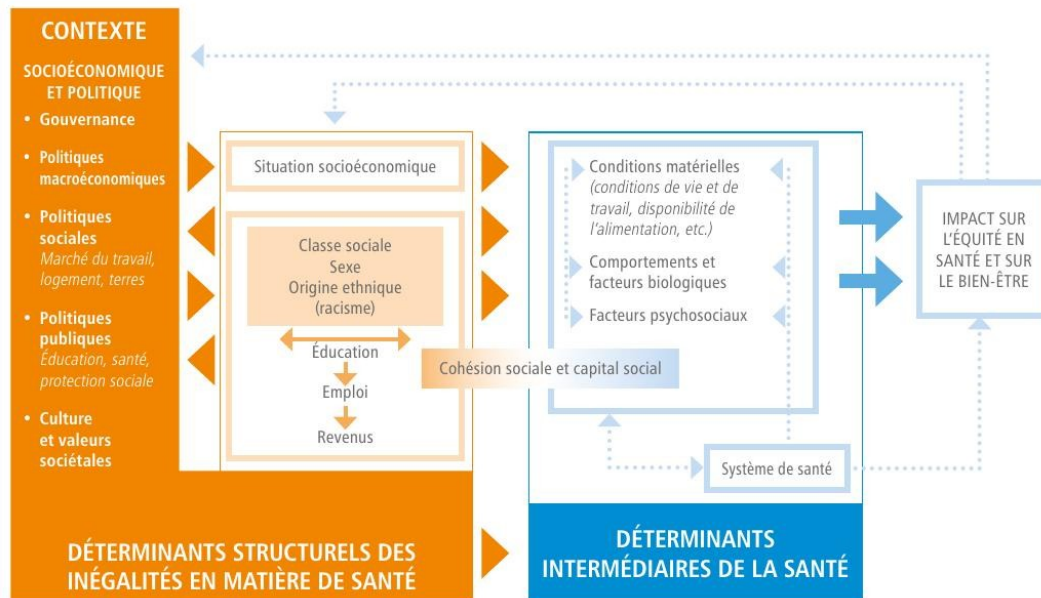


Illustration 2 : Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé, d'après Solar et Irwin (Source : OMS et Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé 2011, p. 7)

d'une société ». On y observe deux sous-niveaux : le contexte socio-économique et politique global, et la situation socio-économique de chaque individu, tous deux en interaction. Ces déterminants structurels agissent ensuite sur la santé des individus à travers leur impact sur des déterminants intermédiaires tels que « les conditions de vie, les conditions psychosociales, des facteurs comportementaux et/ou biologiques ainsi que le système de santé à proprement parler » (OMS et Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé 2011, p. 7). Ce modèle met ainsi l'accent sur les causes fondamentales, dans un emboîtement entre les niveaux mondial, national et local, et une interaction avec les individus, *via* des facteurs intermédiaires.

Ce cadre général permet de situer les nombreux déterminants et d'avoir une base commune d'analyse des inégalités sociales de santé entre différents pays. Pour autant, il ne permet pas de comprendre pourquoi les inégalités ont plutôt augmenté depuis les années 1950 malgré les politiques d'assistance qui se sont développées dans les pays riches. Ces inégalités existent et ne sont pas plus faibles dans les pays avec des politiques sociales fortes, comme en Europe du Nord, que dans les autres, par exemple le Royaume-Uni plus libéral ou l'Europe du Sud se basant sur une protection plus familiale (Mackenbach 2012). On peut

même se demander, à la vue de certains déterminants tels que ceux concernant la mobilité sociale, si l'évolution de la société ne s'accompagne pas consubstantiellement d'une augmentation des inégalités en général, dont les inégalités de santé. Dans ce cas, les inégalités peuvent être considérées comme inévitables, un mal nécessaire au fonctionnement de la société. Et ce d'autant plus que la répartition peut se voir selon certains critères méritocratiques. Dans ce cas est-il raisonnable, voire légitime, de chercher à faire disparaître ces inégalités ? Pour répondre à cette question il faut d'abord comprendre comment sont construites les inégalités sociales de santé et les questions de justice sociale que cela soulève.

4. PRENDRE LA MESURE

Poser la question des inégalités sociales de santé suppose une construction, implicite ou non, de cet objet à partir des différents concepts dont il est composé. Le premier terme, « inégalités », renvoie lui-même à deux idées. La première est celle de la mesure d'une différence dans la distribution d'un bien, ici la « santé », en fonction d'un autre paramètre, le « social ». La seconde idée est celle de la justice, elle suppose que cette distribution inégale de la santé, va à l'encontre du principe de justice attendu dans notre société.

Pour aboutir à cela, il est nécessaire de créer des indicateurs et des outils afin d'obtenir des données. Il s'agit de transformer une réalité trop brute en différents éléments plus circonscrits permettant une utilisation analytique par la science. Les instruments utilisés pour cela ne sont donc pas de simples intermédiaires mais des médiateurs, pour reprendre la terminologie de Bruno Latour (2005). Ils participent à la construction de ce phénomène. Un préalable à la description des inégalités sociales de santé est donc de voir ce que l'on entend par les mesures de la santé et du social, et ce que cela peut sous-entendre.

Le social

La question n'est pas ici de définir ce qu'est le social en général, mais quelle définition en est donné dans le cas particulier des inégalités sociales de santé. L'étude des indicateurs nous dit beaucoup sur ce qui est pris en compte, et ce qui ne l'est pas. Les premiers calculs se sont basés, au XIX^e siècle, sur une appréciation du statut social par la profession des personnes ou par leur lieu de résidence. À travers ces deux indicateurs, c'est la richesse qui était recherchée, mais également la salubrité et les mœurs. Ce fut par exemple le cas dans des travaux portant sur la ville de Rouen au XVIII^e siècle dont l'auteur a distingué quatre catégories : les notables, les boutiquiers, les artisans et les ouvriers (Bourdelaïs 2000). Ou plus tard, comme nous l'avons déjà évoqué, dans les premiers travaux de Villermé s'intéressant aux différences de mortalité selon les quartiers de Paris, puis selon la richesse des départements. Cependant, les critères retenus variaient selon les auteurs, gênant les

comparaisons et alimentant les critiques. En France il fallut attendre la seconde moitié du XX^e siècle pour parvenir à une normalisation des catégories sociales pour les statistiques nationales. La caractérisation sociale des individus a été construite de deux manières différentes : de façon globale par des strates ou classes sociales reflétant une structure d'ensemble de la société, ou de façon plus fragmentée en constituant diverses variables corrélées à des différences de santé.

Une vision systémique de la société

C'est en 1954 que l'INSEE crée la première version des catégories socioprofessionnelles (CSP) qui comporte alors une trentaine de rubriques basées sur la profession. Alain Chenu explique que la constitution de cette classification ne répond pas à des critères strictement analytiques mais que, de l'aveu même d'un de ses créateurs, Jean Porte, elle a été choisie car elle « donne les corrélations les plus fortes avec les caractéristiques les plus diverses des personnes classées ». Ce sont donc des raisons empiriques plus que théoriques qui ont primé dans la confection des groupes, chaque catégorie correspondant à un « type aux facettes multiples » (Chenu 2000). Ces catégories ont par la suite été remaniées en 1982 et 2003 avec un double mouvement d'extension et de contraction par le biais d'emboîtements, devenant dès la deuxième version la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS). Il existe actuellement trois niveaux. Au plus agrégé se trouvent huit groupes socioprofessionnels, dont six pour les actifs (voir Tableau 1). Le deuxième niveau comporte les catégories socioprofessionnelles avec 42 postes pour la version détaillée et 24 postes dans une version de publication courante. Le niveau le plus fin est constitué de 486 professions (avec une version plus détaillée à usage des entreprises

Libellé
1. Agriculteurs exploitants
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions intermédiaires
5. Employés
6. Ouvriers
7. Retraités
8. Autres personnes sans activité professionnelle

Tableau 1: Liste des groupes socioprofessionnels en 2003
(Source : INSEE 2003)

en 516 postes) ; c'est ce dernier niveau qui a été remanié en 2003. La profession en elle-même ne suffit pas à remplir ce code, il est nécessaire de préciser par exemple, selon le poste, la nature de l'employeur (public ou privé), le nombre de salariés de l'entreprise, la classification professionnelle (différente dans le public et le privé), la surface agricole, etc. (INSEE 2003).

Cette catégorisation générale trouve son équivalent en Grande-Bretagne avec une création beaucoup plus précoce, en 1911. Les *social classes* comportaient à l'origine cinq catégories qui ont, elles aussi, évolué au cours du temps. Elles présentent les différentes positions avec un aspect hiérarchique qui n'existe pas réellement dans le système français. On retrouve ce dernier aspect, pouvant donner lieu à une conversion numérique, dans le classement états-unien du *socio-economic status*. La tradition anglo-saxonne est en effet de séparer un classement des professions, non hiérarchique, et un classement social comportant une gradation. En 2010, l'*Office for National statistics* a actualisé un classement de 2001 : le NS-SEC (*National Statistics Socio-economic Classification*), basé sur le schéma de Goldthorpe, et associant deux anciennes classifications : les *Social Classes* et les *Socio-economics Groups* (Office for National Statistics 2010). Il comporte huit groupes, comportant des sous-catégories plus fines, mais permettant de s'agréger en cinq, puis trois groupes, seul ce dernier permet une hiérarchisation (voir Tableau 2).

Eight classes	Five classes	Three classes
1. Higher managerial, administrative and professional occupations	1. Higher managerial, administrative and professional occupations	1. Higher managerial, administrative and professional occupations
2. Lower managerial, administrative and professional occupations		
3. Intermediate occupations	2. Intermediate occupations	2. Intermediate occupations
4. Small employers and own account workers	3. Small employers and own account workers	
5. Lower supervisory and technical occupations	4. Lower supervisory and technical occupations	3. Routine and manual occupations
6. Semi-routine occupations	5. Semi-routine and routine occupations	
7. Routine occupations		
8. Never worked and long-term unemployed	*Never worked and long-term unemployed	*Never worked and long-term unemployed

Tableau 2 : The National Statistics Socio-economic Classification en 2010 (Source : Office for National Statistics 2010)

Ces catégorisations globales de la structure de la société ont l'avantage de pouvoir mettre en relation les inégalités sociales de santé avec les autres inégalités sociales. Cependant, cette approche systémique selon le niveau de vie ne permet pas de comprendre tous les phénomènes observés. L'exemple le plus classique est que, depuis la première enquête de l'INSEE et pendant les décennies suivantes, le record de longévité a été détenu par les instituteurs qui ne figurent pas parmi la population avec le plus haut niveau de vie. Un autre exemple, observé depuis plus longtemps encore, est le cas du clergé pour lequel on mettait plus en avant la régularité de leur vie. Pour comprendre ces phénomènes, il est nécessaire de s'intéresser à une étude analytique de différents déterminants sociaux de la santé, ce qui n'est pas possible avec cette première méthode.

Une vision fragmentée de l'individu

Il paraît nécessaire pour expliquer certains cas d'appréhender le social non pas dans sa globalité mais en le décomposant en autant de parties que nécessaire. Ce procédé permet de mettre en relation des caractéristiques sociales plus fines avec des états de santé, amenant à des corrélations, si ce n'est à des causalités. Diverses théories ont été construites pour tenter de définir les différentes dimensions de la position sociale. Les deux plus connues sont certainement celle de Max Weber, distinguant la « classe », le statut et le pouvoir politique ; et de Pierre Bourdieu, se basant sur le principe de différentes espèces de capital : économique, culturel, symbolique ou social. Une autre nomenclature a été fondée par Erikson et Goldthorpe au début des années 1990, qui a notamment servi à la construction de la dernière classification socio-économique du Royaume-Uni (la NS-SEC) comme dit précédemment, avec la vocation de permettre des comparaisons internationales. Celle-ci comporte différentes variables que nous allons décrire.

La première variable est le diplôme, ou le niveau d'études. Il a l'avantage de peu varier pour un individu au cours de l'âge adulte, d'intéresser l'ensemble de la population en s'affranchissant du statut par rapport à l'emploi et permet de mieux mesurer les inégalités chez les femmes. Il existe par contre un fort effet générationnel. La valeur d'un même diplôme comme le baccalauréat n'est pas la même selon l'époque étudiée, et pour les générations les plus âgées on retrouve facilement une grande majorité de la population sur une même tranche correspondant à la scolarité obligatoire. De plus, une même personne interrogée à différentes reprises donne souvent des réponses différentes sur son niveau d'étude initial, et ce d'autant plus que la personne est âgée et faiblement diplômée (Chenu 2000). Une autre variable est l'évaluation du revenu. Celui-ci pose d'autres problèmes par

ses variations dans le temps pour un même individu, et par la multiplicité possible des sources de revenus. Ainsi, quand ce n'est pas une question taboue, se pose la question de ce qu'il convient de demander : le salaire, les prêts, les rentes, les transferts entre ménages, etc. On peut d'ailleurs se poser la question, encore plus que pour les autres variables, de la pertinence de le calculer au niveau de l'individu. Ne serait-il pas plus judicieux d'englober l'ensemble du ménage ? Ou de passer du revenu d'un ménage au calcul de son niveau de vie, incluant notamment le poids économique des enfants et le coût de l'alimentation ? Plusieurs échelles existent mais il est nécessaire de les réviser régulièrement au cours du temps et de les adapter parfois aux différents niveaux sociaux étudiés. Une troisième variable est le prestige social, qui se heurte à une définition labile selon les sociétés étudiées et à l'intérieur même d'une société. La hiérarchie varie fortement selon le milieu social interrogé et dans le temps. En 1997 par exemple, les personnes âgées mettaient en avant les professions artisanales alors que les plus jeunes valorisaient les métiers du journalisme et de la communication (*Ibid.*). L'établissement d'un score pour chaque profession permet de faire passer cette variable de qualitative à quantitative. Cette opération a l'inconvénient de réduire une donnée complexe en une variable unidimensionnelle et elle reste peu utilisée, notamment en France. Dans les années 1980, la crise économique et la montée du chômage ont amené à se poser également la question de la position par rapport à l'emploi. Par la suite la multiplication des emplois à durée déterminée, des stages et autres emplois aidés ont mis en avant l'instabilité de certaines situations et participé à la création du concept de précarité et d'exclusion qui seront développés ultérieurement. Plusieurs indicateurs sont actuellement utilisés : l'emploi stable ou précaire, le chômage sur une courte période ou de longue durée, et l'inactivité.

Ont été décrits ici les indicateurs les plus utilisés en épidémiologie. D'autres existent déjà ou sont construits au fur et à mesure des enquêtes. Cependant, il est important d'en ajouter deux supplémentaires qui sont à part pour des raisons différentes. Le premier élément est le genre qui a la particularité d'avoir une réplique biologique, et dont nous avons déjà parlé. Bien qu'il ne soit plus à prouver actuellement l'influence sociale liée à ce déterminant, la différence homme/femme a longtemps été uniquement comprise comme naturelle. Et le débat reste encore vif en France à ce sujet. Le second élément est la question de la "race" ou du pays d'origine qui sont des indicateurs non utilisés en France. En effet, la seule variable autorisée qui s'en rapproche est la nationalité, ce qui reste trop approximatif. On sait en effet que des discriminations affectent des Français, nés en France, mais différenciés par leur couleur de peau. Dans les pays anglo-saxons, et

particulièrement aux États-Unis de par leur histoire, c'est une variable qui a montré une influence importante sur l'état de santé (Kochanek, Maurer et Rosenberg 1994). Notre contexte républicain interdit cela avec comme argument principal la non-scientificité de ce critère et son caractère moralement indéfendable. Or il ne s'agit pas ici de rendre compte de l'existence biologique de la race, mais « de l'existence de catégories raciales socialement construites (et donc réelles) définies par un rapport social de subordination par lequel des groupes sociaux sont racisés » (Macé 2006, p. 179). Dire cela n'a bien évidemment pas pour but de renforcer cette existence mais de dénoncer une discrimination qui existe déjà sans que l'on puisse pleinement la mettre en évidence en France.

Des indicateurs pour qui et à quel moment ?

Toutes ces classifications posent parfois problème lorsque l'on veut comparer l'évolution des inégalités sociales. En effet, on vient de voir que les catégories socioprofessionnelles ont largement évolué depuis 50 ans, rendant parfois compliquées les équivalences entre les groupes. Mais une autre évolution est celle de la composition de ces groupes alors que les intitulés ne changent pas. Les effets sont apparents par exemple lorsque l'on compare les catégories extrêmes. La distribution de la population s'est modifiée du fait notamment de l'élévation du niveau d'instruction et de formation au cours du temps, diminuant la part des professions les moins qualifiées. Ainsi, ce groupe assez hétérogène auparavant s'est homogénéisé en ne regroupant plus que les personnes qui ont le moins de qualifications. La comparaison de mortalité de ce groupe avec le reste de la population peut donc en être biaisée (Cambois et Robine 2001). Une façon de contourner le problème est de raisonner en position relative, en percentiles. Il suffit de considérer, si l'on s'intéresse aux revenus, les 10 % les plus riches ou les 10 % les plus pauvres. Cette technique est également utilisable pour les catégories socioprofessionnelles et permet aussi de comparer des pays qui n'ont pas le même classement en attribuant à chaque groupe une position relative par rapport à l'ensemble (Annette Leclerc et Chastang 2000).

Que ce soit pour les indicateurs globaux ou ceux plus détaillés, on peut se demander sur qui il convient d'opérer ces mesures : un individu, une population, un territoire, etc. Nous l'avons vu pour le revenu, le calcul au niveau de l'individu ou du ménage n'aboutira pas au même résultat. Ce n'est pas la seule situation. Par exemple dans un couple, si l'un des deux partenaires ne travaille pas, voire n'a jamais travaillé (comme dans le cas devenu moins fréquent mais encore présent des femmes au foyer), la situation de celui-ci est-elle plus

proche d'un inactif ou de la situation de son partenaire qui travaille ? Ou bien dans le cas des jeunes qui entrent sur le marché du travail avec des emplois précaires. Cette situation représente-t-elle réellement leur position sociale ou ne vaut-il pas mieux prendre celle de leurs parents ? On en arrive ainsi à la question de l'origine sociale, ou de la personne de référence d'un ménage qui sont des classifications alternatives à la catégorie socioprofessionnelle de l'individu lui-même. La question de l'origine sociale s'affirme dans ce cas de manière aiguë, mais elle peut être posée pour n'importe quelle personne et quelle que soit sa situation actuelle. Certaines études ont ainsi montré l'influence de l'origine sociale des parents ou même des grands-parents sur l'état de santé d'une personne (Trannoy 2009). Là encore, chaque pays possède sa propre définition concernant qui doit être la personne de référence ou ce qu'est un ménage.

De même qu'il peut être intéressant de remonter chronologiquement le fil des ascendants, suivre l'évolution de la position sociale d'un individu peut être fructueux. En effet, l'état de santé d'une personne ne peut parfois se comprendre qu'en étudiant l'évolution de sa carrière. Le cas le plus parlant pour saisir l'importance de ce phénomène est sans doute quand le changement de métier est lié à l'état de santé lui-même, ce que l'on appelle le *healthy worker effect*. Certaines professions comme celle de mineur nécessitent une bonne condition physique. Quand la santé se dégrade, il est courant qu'un mineur se voit requalifié pour un autre métier. Et si celui-ci est atteint de silicose, on ne pourra imputer une causalité que si l'on fait le lien avec le métier précédent. Or au moment du décès on ne rapporte souvent que la dernière situation professionnelle. La reconstitution d'un parcours de vie n'est pas toujours chose aisée. D'où l'intérêt des enquêtes longitudinales telles qu'elles sont pratiquées dans plusieurs pays comme en France avec l'échantillon démographique permanent (EDP). Une limite dans notre pays est le fait que le bulletin de décès comporte deux parties. Une première comporte les causes de décès, elle est anonyme et revient à l'INSERM. L'autre partie est nominative et comporte les éléments nécessaires à une identification au répertoire des personnes physiques, géré par l'INSEE, qui permettra le lien avec les données du recensement. La difficulté est que la catégorie socioprofessionnelle, bien que renseignée dans les deux cas, ne l'est pas de la même manière et donne lieu à des erreurs (Chenu 2000). Une autre façon de remonter le cours d'une vie est de le faire par des entretiens, par des techniques qualitatives, amenant à des récits de vie.

De la critique vers une autre forme de social

Chaque indicateur apporte certains avantages et inconvénients et il convient d'en tenir compte dans l'analyse des résultats. Une difficulté commune à tous ces paramètres est l'aspect de saucissonnage auquel cela aboutit. Afin de mesurer des inégalités, le social doit être mis en catégories. C'est essentiellement l'épidémiologie qui s'y est attelée, reprenant des classifications antérieures et en créant d'autres. Ce faisant de « social complexe », on aboutit parfois à une « réduction du social » en plusieurs sphères (Bauer 2011). La société ne serait plus une mais la somme de différents paramètres que l'on pourrait individualiser, alors même qu'il existe de nombreux liens entre ces différentes variables.

À l'intérieur même de ces variables, l'évolution s'est faite vers une individualisation. D'une vision de la société découpée en « classes sociales », l'intérêt s'est porté vers des « facteurs sociaux » propres à chaque individu, tels que le revenu ou le niveau d'éducation, encore vus comme liés avec une stratification sociale. Ce passage n'est pas propre à l'épidémiologie sociale mais participe d'une vision générale de la société par elle-même, la sociologie n'étant pas à exclure de ce mouvement (Boltanski 2014). Cette évolution s'est ensuite poursuivie pour évaluer des « conduites à risque », se rapprochant d'une vision purement individuelle, parfois comprise comme indépendante de l'appartenance de ces individus à des collectifs. Cela aboutit à un morcellement de l'individu au profit de variables utilisées indépendamment les unes des autres et que l'on peut juger indépendantes de l'individu lui-même. On construit des groupes sensément homogènes mais dont la seule caractéristique commune est de posséder une même variable. Au lieu de singulariser les caractéristiques sociales d'un individu, il existe alors une essentialisation de ces catégories. Les individus peuvent appartenir à plusieurs catégories, mais on ne les considère que par l'une d'elles à chaque fois.

Ce modèle épidémiologique devient fragile quand on souhaite étudier l'influence d'une variable qui constitue pour l'individu un élément central, constitutif de son identité. « Ainsi, pour un problème de santé donné, peut-on vraiment mesurer l'impact du fait d'être afro-américain, à niveau d'études, profession et zone de résidence contrôlés, sachant que l'appartenance à une minorité déforme justement la structure des opportunités scolaires, professionnelles et résidentielles, donc toute la trajectoire biographique de l'individu ? » (Peretti-Watel 2004, p. III). Didier Fassin prend le même exemple de la couleur de peau et de la catégorie socioprofessionnelle. Il constate que la population de ces deux catégories est en partie la même, ce qui est parfois compris comme

un facteur de confusion au sens statistique : il ne faudrait pas mélanger les variables afin de connaître le poids de chacune d'entre elles. Or « le raisonnement sur le mode “toutes choses égales par ailleurs” tend à occulter le fait que, précisément les choses ne sont nullement égales par ailleurs et, de plus, même sous cette hypothèse restrictive et fautive, des inégalités persistent dans la plupart des cas » (Fassin 2008, p. 24). L'isolement de chaque variable nous fait oublier que les individus ne sont pas construits de la somme de paramètres indépendants les uns des autres. Ces derniers font partie de la construction de l'individu mais au sein d'une histoire singulière, avec sa propre cohérence.

Certains concepts utilisés par les sociologues pour décrire le social ont été repris par l'épidémiologie dans le but de les intégrer aux analyses. Il en est ainsi du « capital social » évoqué précédemment qui a été en particulier développée en France par Pierre Bourdieu. En étant reprise par l'épidémiologie, Didier Fassin (2003) regrette une certaine « réduction » de ce concept déjà hétérogène en sociologie. Il constate une certaine réification de cette notion, mêlant des niveaux micro et macro-sociaux sans réels liens, et une utilisation figée du concept comme un facteur de risque, ne devenant plus qu'une cause des inégalités alors qu'il peut être considéré tout à la fois comme cause et conséquence. Dans la même veine, Patrick Peretti-Watel (2004) regrette la destinée que la santé publique a donnée à la notion d'habitus, avec une utilisation pour rendre compte de l'absentéisme professionnel ou de la consommation de drogues. Il y voit une utilisation « prises au pied de la lettre » des images données par Bourdieu d'inscription d'automatismes corporels, avec une traduction biologique du social. Ainsi, le paradigme épidémiologique a tendance à « “biologiser” le social, en le réduisant à des caractéristiques individuelles » (*Ibid.*, p. 117). Il appuie son argumentation sur le recours de certains à l'idée d'une « contagion » du social, comme peut le faire un virus. « Or considérer qu'un comportement est contagieux n'est pas neutre du point de vue de la conception que l'on se fait de l'individu et de son libre-arbitre : cela revient à opter pour l'agent passif, jouet de forces qui le dépassent, victime d'une sorte de virus et agi par son mal, plutôt que pour l'acteur, qui tire partie des opportunités et se soumet aux contraintes, mais ne cesse pas d'agir » (*Ibid.*, p. 119). Si je le rejoins sur le risque de concevoir un individu comme entièrement déterminé, la nature biologique ou sociale de ces forces ne me semble pas en cause. La description de ce déterminisme n'est pas l'apanage des uns ou des autres et il a été formulé autant par des biologistes que par des sociologues. La critique est plus à chercher dans la simplification à laquelle peut mener une vision scientifique et monoculaire, guidée par la seule épidémiologie (utile par ailleurs si l'on n'en fait pas la seule vision du monde).

Dans ces descriptions, le social tel qu'il est défini dans les inégalités sociales de santé influe sur le biologique. Il est présent en amont comme cause de maladies et en aval dans l'organisation des soins. Selon cette conception, critiquée par Laurent Visier, on pourrait dire que « si la maladie est de l'ordre du biologique, tout ce qui l'entoure est socialement défini » (Visier 2009, p. 13). Il est sous-entendu que social et biologique sont deux entités distinctes, le social s'arrêtant là où le biologique commence. Et il en est de même pour les spécialistes de ces questions, le travail du sociologue doit s'arrêter quand le médecin prend le relais. Dans sa définition habituelle qui est celle utilisée précédemment, le social est « un ingrédient spécifique distinct d'autres types de matériaux » tels que la biologie ou la psychologie (Latour 2005, p. 7). On peut donc le mesurer et étudier ses relations avec les autres « matériaux ». Bruno Latour va à contre-courant de cette définition du social, qu'il nomme « social n°1 », et de la pensée, commune à l'épidémiologie sociale et à de nombreux sociologues, décrivant le social comme une force, un déterminant agissant sur les autres éléments sans s'y mêler. Pour cela il définit une autre forme de social, qui ne serait plus un matériau parmi d'autres mais le lien entre ceux-ci. Ce « social n° 2 » désigne ainsi « des *associations* entre éléments hétérogènes » (*Ibid.*, p. 13). Les descriptions de la santé que l'on peut faire sont sociales en ce sens qu'elles mettent en relation des éléments de natures diverses : des cellules, des médicaments, des comportements, des métiers, de l'économie, etc. « Dans le premier cas, le sociologue doit toujours montrer qu'il n'y a pas que du biologique, que la maladie est plus et autre que sa définition médicale. Ici, au contraire, c'est parce que la maladie est biologique qu'elle est sociale. Elle n'est pas l'un ou l'autre ou bien l'un quand elle n'est pas l'autre. Le social n'existe pas contre le biologique, ou comme reste de celui-ci, mais bien en quelque sorte à cause du biologique » (Visier 2009, p. 14). Dans cette conception du social, l'individu ne procède plus d'une vision fragmentée, décomposée en de multiples variables indépendantes, mais il est unique, singulier dans sa construction et appartenant à *des* collectifs.

Nous verrons par la suite que cette utilisation moins habituelle du social peut avoir son utilité dans la description de l'activité du système de soins, et plus particulièrement dans celle du médecin généraliste, et donc dans l'étude des inégalités sociales de santé.

La santé

La définition de la santé évolue, montrant en quoi celle-ci est aussi un objet socialement et historiquement construit. Au cours du temps, la santé est passée d'une définition négative : l'absence de maladie (« la vie dans le silence des organes » de René Leriche⁵) ; à une définition positive qui fait référence actuellement : « un état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS 2009). Il s'agit de la définition adoptée par l'OMS dans le préambule de sa constitution en 1946, et qui n'a pas été modifiée depuis. Une définition large de la santé a des avantages non négligeables, elle permet de l'aborder sous différents aspects, et de ce point de vue, l'OMS remplit sa fonction. Par contre, une telle définition complique la tâche si l'on souhaite élaborer des indicateurs fiables, reproductibles dans le temps et l'espace afin de mesurer la santé. Il faudrait, pour suivre cette définition, posséder des outils capables de mesurer toutes ces dimensions de bien-être, « mesurer les inégalités sociales de santé revient tout simplement dans ce cas à mesurer les écarts sociaux dans le bonheur » (Aïach 2000, p. 86). Dans ses propres rapports, l'OMS elle-même passe par d'autres moyens pour comparer les pays et leurs évolutions.

Plus pragmatiquement, la plupart des indicateurs font référence à une définition négative de la santé. Le premier utilisé a été la mortalité, dès le XVIII^e siècle comme nous l'avons vu, et elle reste une donnée importante dans tous les pays. La mort est en effet un événement dont la définition est universellement partagée, si l'on excepte les débats qui portent sur des cas très marginaux. Elle clôt ce bien que l'on souhaite mesurer et qui est la vie, définissant ainsi un pendant positif : l'espérance de vie. La mortalité est une variable dichotomique, quelqu'un est vivant ou mort, ce qui a de grands avantages en termes méthodologique dans la mesure et la comparaison entre personnes. C'est un élément qui a également l'avantage d'être facilement compris par tout un chacun et qui illustre de manière concrète et intelligible les différences que l'on peut observer. D'une certaine manière, c'est l'aboutissement de l'ensemble des faits marquants la santé, reflétant par là l'ensemble des autres inégalités. En France, cet indicateur est systématiquement répertorié, puisque la déclaration en est obligatoire, auprès de deux organismes : l'INSEE et l'INSERM auprès duquel sont notifiées aussi les causes de décès.

L'autre grand groupe d'indicateur de santé est celui des pathologies, alias morbidité. Cette dernière a également son utilité, car, bien évidemment, tout problème de santé

5 À noter que dans cette citation, datée de 1936, le chirurgien ne donne pas sa propre définition de la santé. Il précise qu'il s'agit là de celle du malade et non de celle de la médecine (Bézy 2009).

n'engendre pas nécessairement la mort. Cela permet ainsi d'explorer d'autres facettes des inégalités de santé, non visibles à travers la mortalité. Plus encore, ce type d'indicateur se rapproche d'une analyse multidimensionnelle de la santé en mesurant par exemple la souffrance psychique ou des limitations fonctionnelles, allant dans le sens prôné par l'OMS. Il peut se décliner de manière globale, l'état de santé général, ou de manière plus spécifique en fonction de la morbidité que l'on souhaite étudier. Cependant, définir et utiliser la morbidité pose plus de problèmes méthodologiques. Tout d'abord, il n'est pas question ici de variable dichotomique, en dehors du cas où l'on observe la seule présence ou absence d'une pathologie. Dans le modèle « médical » cette variable n'est pas non plus une mesure ordinale (qui permet un classement hiérarchique), ni cardinale (qui permet en plus de quantifier l'écart entre deux états) (Couffinhal, Dourgnon et Tubeuf 2004). Il semble en effet difficile d'aboutir à une hiérarchie de gravité ou de pénibilité entre une personne ayant le diabète, un cancer ou le sida. Pour pallier cette difficulté, il peut être utile d'utiliser des modèles fonctionnels (par exemple de mobilité) ou des échelles quantitatives (par exemple de qualité de vie).

Pour aboutir à une mesure dichotomique, ordinale ou cardinale, permettant une analyse statistique, il est le plus souvent nécessaire de passer par des enquêtes déclaratives. On pourrait considérer qu'il ne s'agit là que de morbidité déclarée et non d'une réalité. Une représentation potentiellement fautive en somme. Pourtant, il est souvent difficile de définir objectivement ce qu'est une maladie, même avec toute la science de la médecine. Ces représentations, le fait de se sentir malade, sont aussi une réalité pour la personne, et il n'y a pas lieu de séparer un point de vue subjectif d'un autre qui serait objectif. Il est de plus, « largement reconnu que l'évaluation subjective de la santé est un des meilleurs indicateurs de santé. La perception subjective de la santé reflète assez bien l'impact des plaintes et des maladies dont souffre la personne interrogée. Elle est aussi étroitement liée avec la mortalité, les limitations fonctionnelles et la consommation de soins (Van der Heyden et al. 2010). Sans remettre en cause ceci, Pierre Aïach rappelle deux ordres principaux de biais qui peuvent être observés. Tout d'abord, le type de recueil fait varier les réponses. « La présence d'une liste (effet de liste) augmente considérablement les déclarations de troubles et maladies et cela d'autant plus que la liste est longue et variée (effet de contenu) ; la présence d'un enquêteur suscite également une augmentation importante des déclarations (effet enquêteur) ; quant à la période sur laquelle porte l'interrogation, elle intervient également avec une fréquence de déclarations élevée pour la période la plus récente et un seuil de saturation (effet de mémoire) ; un dernier effet est

en rapport avec le support de l'enquête, en l'occurrence un « journal des observations » sur lequel les sujets interrogés doivent noter, chaque jour, les symptômes, troubles de santé et maladies qui se sont manifestées au cours des dernières 24 heures et qui a pour effet d'augmenter de façon importante les déclarations (effet journal) » (Aïach 2000, p. 87). Ce phénomène a pour conséquence de rendre plus difficiles la comparaison des enquêtes entre elles, pour un même pays, entre les pays et dans le temps. Ce biais n'est pas insurmontable mais il limite la portée des méta-analyses. Une autre difficulté liée à la partie déclarative de la morbidité est que les personnes interrogées ne répondent pas de la même manière selon leur position sociale. Il existe, comme nous l'avons vu, une variation à la fois de la morbidité et de la déclaration de morbidité en fonction de la catégorie sociale. On peut retenir que plus la pathologie observée est subjective et non observable de l'extérieur, comme la souffrance psychique, plus les données sont difficilement comparables et donc délicates à interpréter dans le cadre d'inégalités sociales de santé.

Cette vision de la santé à travers ces indicateurs est critiquable par son aspect exclusivement quantitatif. Même quand il s'agit d'évaluer la qualité de vie, les réponses sont transformées en chiffres à travers des grilles de manière à pouvoir être manipulables par l'épidémiologie. Ces indicateurs ont l'avantage de répondre à des normes parfois internationales (ou qui tentent de l'être) et d'être mobilisables à travers des outils statistiques puissants permettant des corrélations impossibles à observer par ailleurs. Il n'est donc pas question ici de se passer de cet outil quantitatif. Cependant, il ne reflète que partiellement ce qu'est la santé et laisse la vision individuelle et subjective de côté. Ce qu'il serait intéressant de mesurer dans les inégalités sociales de santé, ce n'est pas seulement la santé sous son aspect biologique ou politique, mais la qualité au sens de qualité de la vie. Ce que Didier Fassin appelle (ou reprend) en l'appelant la « vie bonne » (Fassin 2008, p. 26), pour la différencier de deux autres manières d'appréhender la vie qu'il décrit dans un autre ouvrage. D'un côté, la « vie nue » telle que décrite par Giorgio Agamben dans une conception biopolitique et que Fassin résume par « la vie comme ce qui peut être mis à mort ». D'un autre la vie comme phénomène biologique, définit par Georges Canguilhem dans l'article « Vie » de l'*Encyclopedia Universalis*: « Est vivant, est objet de la connaissance biologique tout donné de l'expérience dont on peut décrire une histoire comprise entre sa naissance et sa mort » (Fassin 2011, p. 31). Je retiens comme une définition de cette « vie bonne » ces quelques lignes : « la vie dans sa conception la plus évidente et banale, la vie qui a pour horizon la mort mais qui pourtant n'est pas séparée de

la vie comme forme sociale, inscrite dans une histoire, une culture, une expérience » (*Ibid.*, p. 32). Cette « expérience » n'est pas accessible par des études quantitatives, mais peut l'être par une recherche qualitative qui reste encore à développer dans le champ des inégalités sociales de santé. Ceci permettrait aussi de s'approcher de la définition plus complète de la santé par l'OMS, à savoir le bien-être.

Les inégalités

Toute différence mesurée ne relève pas de l'injustice. Pour que ce soit le cas, il est en plus nécessaire de montrer en quoi il existe une perte dans le bien recherché, ici la santé. Par exemple, certains comportements vis-à-vis du système de santé varient en fonction de la position sociale occupée. Ainsi les catégories sociales supérieures consultent plus les médecins spécialistes et les catégories sociales inférieures plus les généralistes. Pour penser ce phénomène en termes d'injustice il faudrait montrer en quoi cela est préjudiciable pour la santé des uns ou des autres, or rien ne prouve cet effet. Or, il existe différentes manières de penser la justice sociale et ce qu'est une injustice. Mais avant d'en venir à cette partie, il me semble nécessaire de préciser un peu plus le calcul de ces différences entre les mesures et le lien de causalité que l'on peut faire entre social et santé.

Mesurer une différence

Il existe plusieurs modes de présentation dans la mesure de disparités. On peut en retenir deux majeurs sur le plan quantitatif : la valeur absolue (la différence) et la valeur relative (le rapport). Si je tiens à préciser ce point c'est que le choix de l'un ou de l'autre peut engendrer des interprétations différentes et mener à des controverses. Il en est ainsi pour les chiffres de mortalité des hommes de 45-59 ans en Suède : « une comparaison manuels/non manuels, établie sur un rapport, donne un risque multiplié par 1,4 ; ce qui amène à conclure qu'en Suède les inégalités relatives sont moindres qu'en France, en Finlande et en Grande-Bretagne, mais plus grandes qu'en Espagne, Italie, Norvège, Suisse et Danemark. Au contraire, si les comparaisons sont basées sur les différences, ce rapport de 1,4 ne se traduit, en termes de décès en excès, que par 200 pour 100 000, soit une position plutôt favorable par rapport à d'autres pays (meilleure en particulier que celle de l'Espagne, de l'Italie ou du Danemark), car la mortalité dans cette tranche d'âge est plus faible en Suède que dans les autres pays inclus dans l'étude. Les données permettent donc

d'affirmer, chiffres à l'appui, soit que la Suède est un pays relativement égalitaire, soit que les inégalités y sont importantes » (Annette Leclerc et Chastang 2000, p. III). L'utilité de ces deux méthodes n'est pas à mettre en cause, le choix dépend de la question que l'on se pose. Le rapport entre des données permet de mettre en avant d'éventuelles causes expliquant l'écart entre celle-ci. La différence absolue permet quant à elle d'évaluer l'importance du phénomène observé dans une population, puisqu'elle est liée au niveau de mortalité. Mais on voit dans l'exemple utilisé précédemment que le choix peut aussi être influencé par des intérêts politiques de présentation positive ou négative des mêmes données.

Expliquer une inégalité

Si l'on en reste à l'interprétation des différences, on peut en observer schématiquement deux utilisations distinctes. La première consiste à voir cette inégalité de mesure comme un symptôme et donc enjoint l'observateur à l'expliquer dans un cadre plus large, au sein d'une théorie. C'est la manière de voir des sociologues qui interprètent les inégalités sociales de santé comme un des paramètres des inégalités sociales en général. Ils cherchent alors à comprendre ce phénomène, à étudier les mécanismes de son élaboration pour ensuite le déconstruire. La seconde vision, qui est celle de l'épidémiologie, tient plutôt du seul constat. Elle consiste à montrer cette différence dans un lien de corrélation, à considérer le paramètre social comme un facteur de risque, un déterminant social de la santé (Chenu 2000). Il est alors intéressant d'explicitier ce qu'est, pour l'épidémiologie, le rapport entre causalité et facteur de risque. L'épidémiologie actuelle s'appuie sur une science statistique, elle établit une relation entre un « facteur de risque » et l'incidence d'une maladie, c'est une approche probabiliste. Elle « n'identifie pas les causes, mais plutôt les facteurs qui agissent sur la probabilité de leur survenue » (Bernard-Simon Leclerc 2005, p. 182), ce qui fait dire à Patrick Peretti-Watel (2004) que l'épidémiologie donne la primauté à la prévision sur la compréhension. La méconnaissance des mécanismes ne l'empêche cependant pas d'imputer un lien de causalité : l'existence d'une « boîte noire » est acceptée par les épidémiologistes mais est parfois la source de critiques, notamment de la part de sociologues (Herzlich 2003). Si des modèles sont mis en place pour décrire les liens entre social et santé, il manque des théories englobant ces données et leur donnant un sens, notamment politique à des fins d'action (Scambler 2012).

Pour parvenir à affiner ce lien de causalité, les statisticiens utilisent un outil : la standardisation, qui amène à la célèbre formule « toutes choses égales par ailleurs ». Ce

procédé permet d'isoler un paramètre des autres pour l'analyser en tant que tel. Il est par exemple très utilisé pour l'âge qui est considéré comme un facteur « naturel » agissant sur la santé (ce qui peut toujours se discuter d'un point de vue sociologique avec la notion de génération). Celui-ci peut entraîner des biais importants dans l'analyse d'un facteur particulier si les groupes sont différents de ce point de vue. Un procédé de régression logistique permet ainsi de faire disparaître l'effet de la variable « âge » pour étudier seulement les autres. On voit vite ce qu'il y a d'intéressant à faire cela, mais le procédé amène à certains questionnements dans d'autres situations. Dans l'étude de la variation de la mortalité par cancer du poumon, on peut par exemple faire une standardisation sur la consommation de tabac pour étudier l'impact de la seule catégorie socioprofessionnelle. En faisant ce calcul, on constate qu'il persiste une influence de cette dernière, même sans l'effet de surconsommation de tabac dans les classes sociales les plus basses. On pourrait continuer en éliminant toutes les autres variables en dehors de la catégorie socioprofessionnelle : l'alcool, l'alimentation, les antécédents médicaux, etc. On aboutirait ainsi à une variable « catégorie socioprofessionnelle » pure, hors de tout contexte ayant (ou pas) un effet sur la santé. Mais si cela répond à un questionnement épidémiologique, cela ne répond pas à la question sociologique des inégalités. « On passe ainsi d'« expliquer » à « faire disparaître à force d'explication » » pour reprendre la jolie formule d'Annette Leclerc et Jean-François Chastang (2000, p. 114). Et on revient ainsi à la critique de Didier Fassin sur l'appréhension du social et lien entre la couleur de peau et la catégorie socioprofessionnelle : ce qu'il est intéressant de noter c'est justement que ces paramètres sont liés.

Par ailleurs, les variables recherchées par l'épidémiologie sont des variables quantitatives ou ordinales, qui instituent une hiérarchie, un niveau (de revenu, d'éducation, de vie, etc.) conduisant à penser les populations défavorisées comme seulement porteuses de « manques ». Or les catégories populaires sont aussi porteuses de valeurs et d'organisations spécifiques qui peuvent être des atouts, lorsqu'on les prend en compte, dans le travail des professionnels de la santé (Peretti-Watel et Moatti 2009). On voit ainsi que la manière de mesurer, que ce soit la santé ou le social, est porteuse d'une vision du monde trop peu souvent explicitée. De plus, la mesure en elle-même ne suffit pas. Pour la faire passer dans le champ éthique ou politique il est nécessaire de la juger à l'aune d'autres principes.

Juger une injustice

Une fois la différence mesurée, il reste encore à se demander si cette différence constitue une injustice. La réponse dépend du cadre dans lequel on pense la justice, sachant que la question de l'égalité est centrale dans les théories de la justice sociale. On peut même dire, selon Amartya Sen, que toutes les théories prônent l'égalité (Sen 1992). Il complète immédiatement cette affirmation d'une interrogation : égalité de quoi ? Car c'est justement sur ce point que les théories se différencient. Revendiquer l'égalité dans un espace, c'est aussi accepter et justifier des inégalités sur d'autres points considérés comme moins importants. Ainsi, de nombreuses théories de justice sociale proposent des versions distinctes de l'égalité.

Les libertariens

Pour certains, le point central porte sur l'égalité des libertés individuelles. Chaque individu étant également respectable, il doit être le seul et unique propriétaire de son corps et doit être libre d'en faire ce qu'il souhaite ; il en est de même pour ce qu'il possède. Il n'est pas question ici d'évaluer les conséquences pour lui-même ou pour les autres de ses actes. L'égalité porte sur les processus de décisions – on peut parler de justice « procédurale » – et pas sur les résultats, aussi inégaux soient-ils (Arnsperger et Van Parijs 2003). C'est d'ailleurs sur ce point que cette théorie peut être critiquée, comme elle peut l'être également en ne prenant aucun compte de l'efficacité. En effet ces deux lacunes peuvent conduire à des situations dans lesquelles des individus se trouvent privés de liberté effective, même sur leur propre corps, par exemple si les biens se trouvent à ce point concentrés que quelques personnes seulement les possèdent, obtenant de fait un pouvoir démesuré sur les autres.

Les théories du bien-être

D'autres ne s'intéressent au contraire qu'au résultat, en mesurant ce qu'ils appellent les « utilités » et qui correspond à une mesure du bien-être obtenu. Plusieurs applications de ces utilités sont possibles. Une possibilité est d'en rechercher l'agrégation, afin d'obtenir la maximisation de la somme des utilités individuelles. Il s'agit de la théorie utilitariste. La répartition des utilités revêt alors peu d'importance, pouvant mener à de fortes inégalités entre les individus. Mais Amartya Sen fait remarquer que l'égalité n'est pas absente de cette théorie puisque « cela nécessite l'égalité de l'utilité *marginale* de tous les individus –

l'égalité marginale étant le supplément d'utilité que chaque personne tire d'une unité supplémentaire ». Cette égalité d'utilité marginale pouvant être comprise comme « l'égalité de traitement des intérêts de chacun » (Sen 1991, p. 190-191). L'utilitarisme ne prenant en compte que l'agrégation des utilités, John Rawls estime que cette approche ne prend pas suffisamment en considération chaque personne. Pour lui, le malheur d'une personne ne peut être compensé par le bonheur d'une autre (Rawls 1971). Par ailleurs, Sen critique la validité d'une mesure du bien-être portant sur la satisfaction des désirs par les variations individuelles que cela comporte. En effet, pour un même gain d'utilité, certains peuvent avoir besoin de beaucoup plus de ressources que d'autres. Cela est notamment vrai pour les plus défavorisés. Il décrit une adaptation des désirs et des plaisirs des personnes exposées à des privations importantes et continues qui vont ainsi « concentrer leurs désirs sur les petites choses qu'elles *peuvent* éventuellement atteindre, plutôt que d'aspirer vainement à ce qui est hors de portée » (Sen 1992, p. 86), quitte à se priver de biens fondamentaux.

Cependant, si l'utilitarisme ne s'intéresse pas aux questions de répartition, il est possible de le faire en restant dans le cadre des théories du bien-être comme Amartya Sen le rappelle avec la théorie de l'égalité d'utilité totale. Cette dernière théorie ne prend plus en compte des utilités marginales, donc hypothétiques, mais des utilités directement mesurables, et elle peut mener à la notion de leximin. Cette notion est une version lexicale et centrée sur les utilités que l'on peut rapprocher du maximin et du principe de différence de John Rawls. On compare ainsi différentes situations en les classant selon un principe ordinal en fonction du niveau d'utilité de la personne la plus mal lotie. Une situation sera donc plus juste qu'une autre si la personne la plus mal lotie à un niveau d'utilité plus important. Si l'utilitarisme est critiqué pour sa non prise en compte de la répartition des utilités, le leximin peut être critiqué pour d'autres raisons. En premier lieu le fait de ne pas s'intéresser à l'intensité des besoins, mais au seul classement ordinal des situations. Et en second lieu, car il ne tient compte que de la position du plus mal loti sans considération du nombre des autres personnes qui peuvent être lésées par cette situation (Sen 1991). Ces deux écueils peuvent aboutir à des situations absurdes où l'on investira beaucoup pour le plus mal loti alors que sa situation n'est pas si différente des autres.

Mais une critique plus profonde des théories du bien-être, formulée autant par Rawls que par Sen, remet en cause l'acte de juger de la justice sociale sur le seul critère de l'utilité (Rawls 1971 ; Sen 1991 ; Sen 1992). Dans ces théories, seule compte la mesure de la

satisfaction des désirs des individus sans prendre en compte l'objet de ces désirs. « La théorie du bien-être suppose qu'on accepte non seulement l'intuition largement partagée que tout plaisir a une valeur – et il faudrait être rabat-joie pour en disconvenir –, mais aussi la proposition beaucoup plus discutable selon laquelle il faut accorder aux plaisirs un poids relatif *seulement* en fonction de leur intensité respective, indépendamment de la source du plaisir et de la nature de l'activité qui l'accompagne » (Sen 1991, p. 203). De plus, si être heureux est une composante incontournable de la vie bonne, cela ne suffit pas. Des éléments tels que les libertés ou le fait d'être acteur de sa propre existence doivent être considérés pour eux-mêmes, en dehors de leur contribution au bonheur.

La théorie de la justice de John Rawls

La *théorie de la justice* de John Rawls (1971) est actuellement une référence dans le sens où, même si elle n'est pas acceptée par tout le monde, elle est incontournable. Il ne s'agit plus de se baser sur des utilités mais sur ce qu'il appelle des biens premiers, à savoir « les choses que tout homme rationnel est supposé désirer ». Ceux-ci sont régis par deux grands principes liés à la notion d'égalité. Le premier est un principe de liberté qui veut que les libertés fondamentales aient la priorité sur les autres biens premiers. Elles comprennent, par exemple, les libertés d'expression, de pensée, de vote, de propriété, etc. On pourrait probablement y intégrer la santé même s'il ne le fait pas explicitement, mais nous y reviendrons. Chaque individu doit avoir un droit égal à ces libertés, qui doivent être les plus larges possibles tout en restant compatible avec celles des autres. Le second principe juge des avantages des places de chacun en fonction des biens premiers, et prend en compte des considérations d'efficacité et d'égalité. Il n'exige pas un égalitarisme mais considère que les inégalités sont injustes, sauf si elles profitent à tout le monde, et y intègre deux autres dispositifs. En premier lieu un principe d'égalité équitable des chances, chacun doit avoir les mêmes chances d'accès aux différentes positions sociales, à talent équivalent. Le second est un principe de différence, qui exige que la priorité soit donnée à l'intérêt du plus mal loti, dans un dispositif qui rappelle le *leximin* précédemment évoqué mais basé cette fois sur les biens premiers et non sur les utilités. Il n'est plus question de se baser sur le seul bien-être mais d'articuler des exigences de liberté, d'efficacité et d'égalité en se basant sur les moyens pour les personnes d'accéder à leurs désirs et non plus la seule satisfaction de ces désirs. On sort d'une justice basée uniquement sur le résultat pour prendre aussi en compte les libertés et la notion d'égalité des chances.

Les capacités d'Amartya Sen

Une dernière manière de penser l'égalité est celle d'Amartya Sen. Il reprend à son compte nombre d'idées de Rawls tout en en critiquant certains points. Une première remarque poursuit celles faites au concept d'utilité puisque Sen considère que l'analyse exclusive des biens premiers limite à son tour le domaine d'étude et laisse de côté certains désavantages. Il prend ainsi l'exemple d'une personne porteuse d'un handicap et dénonce que cela n'ait pas de pertinence morale en soi dans le cadre des biens premiers et ne sera pas pris en considération. Il poursuit sa critique en considérant que la théorie de Rawls ne laisse pas de place à la diversité des êtres humains, s'attachant à des biens premiers qui sont les mêmes quels que soient les individus, même si leur déclinaison varie selon les sociétés. Cette approche transcendantale et universaliste ne rend pas justice à la diversité des individus. Il en conclut que « juger l'avantage uniquement en termes de biens premiers mène à une morale partiellement aveugle » (Sen 1991, p. 208). Les biens premiers ne sont finalement qu'un moyen d'aborder la liberté d'atteindre ses objectifs, or cette diversité humaine peut aussi porter sur la capacité de convertir ces moyens en accomplissements effectifs. Ces critiques le conduisent à proposer une nouvelle notion sur laquelle baser l'égalité, la « capacité ».

Amartya Sen considère que la vie est constituée d'états et d'actions qu'il nomme « fonctionnements ». Ceux-ci vont de choses élémentaires (manger à sa faim ou être en bonne santé) aux éléments les plus complexes (être heureux, rester digne à ses propres yeux ou prendre part à la vie de la communauté). « Ce que traduit avant tout la capacité, c'est la liberté d'accomplir des fonctionnements de valeur. Elle se concentre directement sur la liberté elle-même et non sur les moyens de la réaliser, et elle identifie les alternatives réelles que nous avons devant nous. En ce sens on peut y voir un reflet de l'« épaisseur concrète » de la liberté. Dans la mesure où les fonctionnements sont constitutifs du bien-être, la capacité représente la liberté d'« accomplir le bien-être » dont dispose une personne » (Sen 1992, p. 78). Comme dans la théorie de Rawls, l'accent est mis sur l'égalité des chances permettant le libre choix des individus, seuls compétents pour définir les fonctionnements qu'ils souhaitent privilégier. À cela on peut ajouter l'éventail des possibilités effectives laissées aux choix de chacun et à la « qualité d'agent ». Il est important que les individus participent à la réalisation de leurs propres objectifs, car cela contribue à leur satisfaction et à leur liberté. Cela se traduit aussi dans la participation à la vie politique puisque la démocratie renforce d'autres types de liberté en permettant de

donner une voix aux démunis et aux vulnérables (Fontaine 2010). Il envisage même la possibilité de mettre en balance l'aspect « qualité d'agent » et l'aspect « bien-être ». Une personne ayant le droit d'exercer son libre arbitre au détriment de son bien-être. Cependant, il considère que « ce n'est pas parce que quelqu'un choisit de mettre la "perfection de son œuvre" au-dessus de celle de "son existence" [...] qu'il faut en conclure que sa vie ou son bien-être n'ont de ce fait aucune importance, ni pour lui ni pour les autres » (Sen 1992, p. 106).

La force de cette position par rapport à celle de Rawls est qu'elle part de situations concrètes au lieu de définir d'abord des principes généraux qui devront s'appliquer à des personnes dont on postule qu'elles auront des choix rationnels (Fontaine 2010). De surcroît, la notion de capabilité prend aussi en compte les fonctionnements réalisés, tout en mettant l'accent sur les libertés. Les résultats obtenus sont en effet une représentation du choix proposé, puisqu'ils en font nécessairement partie. Plusieurs points peuvent être évalués : le niveau et le nombre des fonctionnements possibles, c'est-à-dire les cartes qu'un individu a dans son jeu, mais aussi le choix dont dispose un individu comme reflet de sa liberté en soi, caractéristique d'une « société bonne » (Sen 1992). De par ces caractéristiques, les capabilités ne sont pas un concept figé. Elles évoluent et, du fait aussi de la difficulté d'obtenir ces données, n'aboutissent pas à des conclusions définitives. Il est en effet délicat de parvenir à cerner ce que sont les capabilités d'une personne. On a plus facilement accès aux fonctionnements qu'aux capabilités elles-mêmes. Mais cela ne doit pas, pour autant, nuire à l'action et à la prise de décisions, toujours temporaires, par la comparaison des données existantes. Amartya Sen revendique cette avancée par étape comme une « démarche pragmatique ».

Quels liens entre théorie de la justice et santé ?

Ces différentes théories appréhendent et intègrent de diverses manières les questions de santé en leur sein, notamment les inégalités de santé. Elles posent des questions différentes et y répondent différemment. Il est donc intéressant de voir et de discuter les multiples questions et réponses que posent ces théories aux inégalités sociales de santé.

Les théories libertarienne et utilitariste s'opposent sur la manière de concevoir les inégalités. Alors que la première ne s'intéresse qu'aux procédures, la seconde ne va regarder que les résultats. Du point de vue de l'équité en santé, cela se traduit pour les libertariens par l'absence d'intérêt pour les inégalités sociales de santé du moment que le principe exigeant que chaque individu est pleinement propriétaire de son corps n'est pas mis en

cause. Chacun est ainsi libre de donner ou non de l'importance à sa santé et de définir l'investissement financier qu'il souhaite y consacrer. De la même manière, les professionnels de santé sont libres de s'organiser comme ils le souhaitent, de façon philanthrope ou mercantile, avec ou sans discriminations. Mais libre aussi aux patients de s'organiser eux-mêmes pour faire pression sur les praticiens. Dans tous les cas, l'État n'a pas lieu d'intervenir dans ces relations (Arnsperger et Van Parijs 2003). Si les résultats peuvent être bons ce ne sera pas du fait d'une volonté de justice, mais par des jeux de pouvoirs entre les différents acteurs. Le système de santé états-unien s'est fondé en grande partie sur ces principes libéraux, avec un État investissant peu le champ sanitaire et laissant le champ libre aux acteurs jusqu'à ces dernières années. On y retrouve les avantages et les inconvénients précités avec un moindre intérêt pour les inégalités, mais un regroupement d'acteurs, dans des assurances ou des associations, devenus puissants et pouvant négocier face à la profession médicale.

À l'opposé de cette justice strictement procédurale, un raisonnement utilitariste appliqué à la santé ne va s'intéresser qu'aux résultats, à l'efficacité d'un système, sans considérer la question de la répartition de ces niveaux de santé. Cela peut se traduire par exemple par la maximisation de l'espérance de vie moyenne, sans tenir compte des différences entre catégories sociales et donc conduire à une accentuation des inégalités en santé, les moyens important peu ici. Pourtant, si les inégalités en elles-mêmes nuisent au bien-être général et à la santé en particulier comme l'affirme Richard Wilkinson (2002), l'objectif peut également être de réduire ces inégalités, non pas en avançant des raisons d'équité mais d'efficacité. On aurait alors une forme d'utilitarisme qui se préoccupe des inégalités. Cette situation correspond en partie à celle du système de soins britannique qui s'est intéressé rapidement aux inégalités sociales de santé. On peut également noter que cette conception possède une forme d'équité en donnant le même poids à la santé de chaque individu. Mais c'est justement ce qui peut poser problème. Cette théorie tend à considérer que chaque réduction de maladie est importante, quelle que soit la personne et sans tenir compte d'une priorité dépendante de l'état de santé initial. C'est par exemple le cas d'une mesure comme les DALY (*Disability-Adjusted Life Years*). D'un côté on peut reconnaître l'intérêt de répondre aux besoins de santé de n'importe quelle personne, mais ceci ne nécessite pas nécessairement de donner la même importance à tous ces besoins (Sen 2002). Certes l'efficacité, en tant que l'amélioration de la santé, est un critère d'évaluation du besoin et donc de l'allocation des ressources de santé, mais ce n'est pas le seul. On peut aussi retenir entre autres : l'urgence d'une situation, un risque de décès imminent peut

justifier une prise en charge avant les autres ; sa sévérité, une personne en plus mauvais état de santé peut être considérée comme prioritaire ; la « presse », c'est-à-dire l'urgence en fonction du mode de vie, par exemple dans le cas d'une chirurgie de la hanche l'avantage pouvant être donné à un travailleur ayant besoin de se déplacer plutôt qu'à un retraité (Baertschi 2002). En pratique, cette logique utilitariste condamnera une personne atteinte d'un handicap ou d'une maladie chronique à ne pas être plus prise en considération qu'une autre si le soin n'apporte pas une grande efficacité.

Aux objections précédentes concernant l'utilitarisme sur la non-compensation du malheur des uns par le bonheur des autres, s'ajoutent les spécificités de la santé en tant que bien. Selon comment on définit la santé, il est impossible d'augmenter indéfiniment ce bien. Pris comme l'absence de maladie ou de handicap, il n'est pas possible d'être en meilleure santé que de ne pas être malade. La santé a ainsi une limite supérieure, empêchant ce mécanisme de compensation indéfinie de la perte de santé de certains par l'augmentation de celle des autres (Sen 2002).

Les théories développées par Rawls et Sen nécessitent un abord différent. Elles n'ont pas pour seul critère le bien-être mais revendiquent une approche multidimensionnelle. On ne peut donc pas substituer la santé à un critère unique pour tester ces théories, il est plus pertinent de se poser la question de la place de la santé au sein de ces différentes dimensions. Or John Rawls a fait au départ de sa théorie l'hypothèse simplificatrice « que tous les agents contractuels fonctionnaient normalement tout au long d'une durée de vie normale » (Daniels 2009). Autrement dit le cadre dans lequel le contrat social de Rawls fonctionne est un monde sans maladie ni mort prématurée. C'est d'ailleurs ce qui lui est reproché entre autres par Amartya Sen, arguant qu'il est nécessaire de s'adapter aux variations individuelles, la santé en faisant partie, notamment du fait des variations de conversion des biens premiers en fonctionnements. Norman Daniels préfère y voir une nécessaire étape d'idéalisation, et propose une « extension » de cette théorie au « monde réel ». Une première étape est que la santé participe à l'accès aux opportunités, ou plutôt que l'absence de santé nuit à la gamme des opportunités disponibles. Elle doit donc être prise en compte dans la recherche d'une égalité équitable des chances. Pour autant, la santé n'est pas considérée comme un bien premier, ces derniers étant des « propriétés abstraites et générales des arrangements sociaux » qui doivent par contre soutenir les besoins fondamentaux dont la santé. C'est donc le risque de perturbation de l'égalité équitable des chances qui rend importante la prise en compte de la santé.

Ce soutien passe notamment par une réponse des institutions des soins de santé aux besoins de santé, mais aussi par la répartition équitable des biens premiers. Norman Daniels part du constat que l'épidémiologie sociale a montré l'importance des déterminants sociaux de la santé, or ces déterminants sont liés aux biens premiers défendus par Rawls. Que ce soient les libertés de base, y compris la participation politique, ou l'égalité équitable des chances, avec par exemple les questions socio-économiques, d'éducation ou de soins de santé, ces éléments font parties des déterminants de santé. « En résumé, les principes rawlsiens de la justice comme équité régulent la distribution des déterminants sociaux essentiels de la santé, y compris les bases sociales du respect de soi » (*Ibid.*, p. 24).

Norman Daniels fait la distinction entre les talents et les habiletés d'une part et les maladies et les handicaps de l'autre. Pour Rawls les premiers, s'ils sont équitablement développés, ne nécessitent pas de mécanisme de compensation. Une distribution « naturelle » des talents n'aura pas à être remise en cause. En revanche, cette distribution ne devrait pas être acceptée si certaines conditions sociales entrent en jeu, comme le cadre familial ou des pratiques éducatives racistes. « L'idée intuitive de l'égalité équitable des chances est de restaurer pour les individus la gamme équitable d'opportunités, en fonction de ce qu'ils auraient eu si les institutions sociales étaient plus justes et moins inégales. Une idée semblable sous-tend les pratiques qui protègent nos opportunités contre la mauvaise santé » (*Ibid.*, p. 16). Ainsi, il est légitime de lutter contre les inégalités sociales de santé, en tant qu'elles perturbent le fonctionnement normal et induisent une perte injuste des opportunités. Mais cela amène à se poser une double question : les inégalités de santé sont-elles injustes si elles dépendent de facteurs biologiques, « naturels » d'une part ou de choix individuels d'autre part ? Cette première question en amenant une seconde : est-il juste de lutter contre celles-ci dans la mesure où les institutions sociales n'influent pas dessus ? Pour le premier cas, on est tenté de dire que oui, les inégalités naturelles de santé sont injustes, à l'inverse de ce que pensent les libertariens, puisque pour Norman Daniels, cela nuit de toute manière au fonctionnement normal. Il insiste même sur ce point en affirmant que le principe des chances égales « vise à promouvoir le fonctionnement normal pour tous comme manière de protéger les chances pour tous, il vise d'emblée à améliorer la santé de la population et à réduire les inégalités de santé » (*Ibid.*, p. 23). Il n'est ainsi plus question d'inégalités *sociales* de santé mais des inégalités de santé en général. De plus, le fonctionnement normal est une caractéristique de l'ensemble de l'espèce, possiblement ajustée au sexe et relativisée à l'âge. Il poursuit cette voie en

soutenant que « l'importance que nous accordons aux besoins qui maintiennent le fonctionnement normal typique pour l'espèce, c'est-à-dire les besoins de santé, peut être objectivement déterminé » (*Ibid.*, p. 15). Ainsi, la distinction entre les talents et les maladies est opérationnelle dans le sens où elle va permettre de faire la distinction entre ce qui est injuste et ce qui ne l'est pas. Cela amène par contre à faire la différence entre les deux, ce qui peut être parfois subtil si l'on pense par exemple au cas de la dyslexie. Pour la seconde question qui concerne les choix individuels, on est tenté de suivre la logique de l'égalité des chances qui rend responsable les individus de leurs comportements du moment que la procédure est équitable. En ce sens, les inégalités de santé liées à des comportements à risque des individus ne sont pas injustes et ne nécessitent pas de compensation. Cependant il est parfois bien difficile de distinguer la responsabilité individuelle des circonstances sociales, c'est par exemple le cas de la consommation de tabac (Rochaix et Tubeuf 2009). Fumer est-il un choix individuel ou bien un comportement social ? Probablement les deux, ce qui ne nous éclaire pas sur la conduite à tenir en pareil cas. Ce point reste donc en suspens : faut-il, oui ou non, chercher à distinguer des inégalités de santé qui seraient injustes et nécessiteraient une action appropriée, et d'autres qui ne le seraient pas et que l'on pourrait laisser en l'état ?

Un autre problème de cette théorie tient notamment dans le fait de considérer la maladie comme venant perturber un « fonctionnement normal ». Celle-ci n'est pas pensée comme inhérente à la vie, ce que vient questionner le développement des maladies chroniques. De plus, Norman Daniels explique que « le principe de l'égalité équitable des chances appliqué aux besoins de santé ne vise pas à rectifier ou à niveler toutes les inégalités entre les fonctionnements des gens. Il vise seulement à leur permettre de fonctionner normalement et à leur assurer ainsi une gamme d'opportunités qu'ils auraient sans maladie et handicap » (Daniels 2009, p. 19). L'objectif est louable, mais semble clairement hors de portée pour la médecine actuelle, le système de santé en général, ou même quelque mesure globale d'action sur les déterminants sociaux. Et Daniels ne répond pas complètement à ce que l'on fait de ce résidu incorrigible nuisant au fonctionnement normal, pourtant fréquent dans le handicap ou avec la maladie chronique. Dès lors comment ne pas intégrer la santé et les questions que cela pose en déficit d'opportunité dans les bases même d'une théorie de la justice.

Il reste que la médecine est efficace sur une partie de ces problèmes et peut rapprocher les personnes malades d'un fonctionnement normal, la question devient alors de savoir quelle est la manière la plus juste d'allouer ces ressources. Faut-il en faire profiter d'abord

ceux dont la santé nuit le plus à leurs opportunités ou ceux pour lesquels on sait que l'action sera suivie d'efficacité ? Daniels considère qu'il n'est pas possible de donner un principe réglant ce problème, et il propose d'en passer par la justice procédurale. Une décision juste en ce sens est une décision qui suit un processus décisionnel correct, répondant à certaines conditions.

Amartya Sen part du même constat que Norman Daniels, à savoir que la santé est un élément permettant les opportunités (Sen 2002). En ce sens, la santé est constitutive des « capacités ». Elle fait partie des fonctionnements de base, dont on peut penser que chacun va souhaiter la réalisation, et participe à l'égalité des chances. Lui aussi met en avant les différents déterminants sociaux de la santé et considère comme particulièrement injustes les inégalités de santé qui dépendent de circonstances sociales et non d'un choix personnel. Il distingue ainsi le résultat d'être en bonne santé de la capacité d'être en bonne santé. Mais il nuance ensuite son propos en convenant que le premier élément est souvent un bon reflet du second, puisque lorsque nous avons réellement le choix, nous préférons être en bonne santé. Ceci l'amène à discuter des libertés réelles de chacun, notamment par exemple du fait que fumer n'est pas nécessairement un simple choix individuel, comme nous l'avons déjà évoqué. En plus de ces choix individuels, l'organisation sociale a un rôle important à jouer dans la distribution des ressources contribuant à une bonne santé. Une distribution équitable des soins de santé en fait partie mais n'est qu'un élément parmi d'autres et il est important de ne pas se focaliser seulement sur elle. Il est nécessaire de penser à la juste distribution de l'ensemble des ressources afin d'arriver à des résultats équitables de santé et de capacités. Pour autant, on ne peut réduire les questions d'équité en santé à celle de la distribution des ressources influant sur la santé. D'une part ces déterminants sont nombreux et divers, il est alors difficile de les circonscrire aux seuls biens premiers par exemple. D'autre part il revient sur l'importance de la variabilité individuelle des capacités. Il existe des susceptibilités biologiques individuelles, mais aussi des régions endémiques pour certaines maladies, des variations climatiques, etc. Cette raison rend indispensable de penser une équité de la santé indépendante des autres domaines, qui ne peut être réduite à une simple composante d'une théorie de la justice. Des questions spécifiques se posent et la dépendance de nos libertés et capacités à la santé fait de celle-ci une notion centrale.

Il ne faut pas limiter le raisonnement de cette équité aux résultats et aux capacités en santé. L'équité en santé nécessite en plus de se poser des questions de justice procédurale. Si

les soins de santé ne sont qu'une des ressources menant à des résultats de santé, ils ont un rôle particulier à jouer en termes de processus. Pour illustrer cette affirmation, Sen prend l'exemple des inégalités de santé entre hommes et femmes. Ces dernières ont une meilleure espérance de vie en partie pour des raisons biologiques, elles bénéficient de meilleurs résultats en santé. Mais, pour Amartya Sen, il serait moralement inacceptable d'en conclure que les femmes devraient recevoir de moins bons soins de santé que les hommes. Revendiquer aussi une justice procédurale équitable empêche de discriminer un groupe en ce sens, mais pour cela il est nécessaire de ne pas penser l'équité uniquement en termes de résultats.

Une dernière observation d'Amartya Sen concerne directement les questions d'égalité. Il fait remarquer que l'on ne peut pas limiter l'équité en santé à ces seules inégalités, même si ce point est important pour la santé elle-même ou les soins de santé. Il explicite cette réflexion par l'exemple d'une situation où un soin ne peut profiter qu'à une seule des deux personnes atteintes par une même affection. Dans un premier cas, ce traitement n'est accessible qu'au plus riche des deux. Le premier individu voit sa qualité de vie améliorée par sa fortune, alors que celle du second reste inchangée, ce qui est à la fois inégalitaire et injuste. Dans le second cas, il imagine une société avec des politiques égalitaristes en santé qui ne permettrait pas le premier cas et empêcherait le plus riche d'accéder à un soin inaccessible au plus pauvre. La situation devient alors plus égalitaire puisque les deux individus en sont au même point, celui de ne pas recevoir de soins. Mais il n'est pas évident que cette solution amène à plus d'équité en santé. Il n'est cependant pas question pour Amartya Sen d'opposer les deux concepts d'égalité et d'équité comme certains ont pu le faire si l'on en croit Pierre Aïach (1997). L'égalité en santé fait partie de la question de l'équité en santé, et en occupe même une bonne place. Mais tout comme les réflexions sur la santé ne doivent pas se limiter à des résultats et laisser une place aux processus, il est nécessaire de ne pas restreindre la question de l'équité à celle de l'inégalité.

L'équité en santé ne peut être abordée par une seule dimension. Plusieurs éléments que nous venons de voir sont importants pour la suite de ce travail, certains questionnent les indicateurs que nous venons de voir, d'autres seront abordés plus tard.

En premier lieu, les inégalités sociales de santé sont le plus souvent considérées comme une affaire de mesure (du social et de la santé) et de résultats, comme en attestent les indicateurs précédemment exposés. Pour l'épidémiologie, et la plupart des acteurs de la

santé publique, les injustices sont le fait de résultats inégaux de santé, et cela pose déjà suffisamment de problèmes de définitions et de mesures. Or toutes les théories de la justice ne donnent pas la même importance aux résultats, voire certaines ne prennent en considérations que les procédures. Ainsi, l'équité en santé ne peut pas toujours être mesurée et les indicateurs chiffrés ne nous seront pas toujours d'un grand secours. La manière de s'occuper de la santé fait partie intégrante des injustices que l'on doit décrire, indépendamment des résultats. N'avoir pour seul but que d'égaliser les *résultats* de santé ne peut que manquer l'aspect qualitatif attendu dans un *processus* d'équité en santé. Mais ne s'intéresser qu'à une dimension procédurale de la justice serait tout aussi problématique.

Une autre idée communément admise par la santé publique est que ces inégalités sont injustes puisque relevant d'une origine sociale. Là encore, toutes les théories de la justice ne sont pas d'accord mais on peut considérer que ce n'est pas nécessairement cette origine sociale qui crée l'injustice. Cela peut être pour Rawls ou Sen, l'impossibilité d'avoir un fonctionnement jugé satisfaisant. Des inégalités d'origine biologique peuvent aussi être considérées comme injustes et nécessiter une compensation. Dans ce cas, pourquoi séparer artificiellement ce qui relève du social et ce qui relève du biologique ? C'est le seul déficit de santé qui pourrait être jugé injuste, notamment par son influence sur les autres inégalités puisque la santé est un bien dont l'absence peut limiter l'accès aux autres biens. Il paraît ainsi primordial d'intégrer ce concept d'équité en santé à celui plus large de justice sociale.

5. POLITIQUES DES INÉGALITÉS EN SANTÉ

L'accumulation de connaissances et les questions de justice sociale que cela soulève font nécessairement des inégalités sociales de santé un objet politique. Cependant la logique de la politique n'est pas celle de la science ni celle de l'éthique et nous pouvons observer des prises en compte différentes, des décalages temporels, des stratégies variées selon les époques et les pays envisagés. Margaret Whitehead (1998) propose une description de la diffusion des inégalités sociales de santé dans la sphère politique, illustrée par un spectre d'action (Illustration 3). On y retrouve plusieurs étapes avec des choix entraînant la

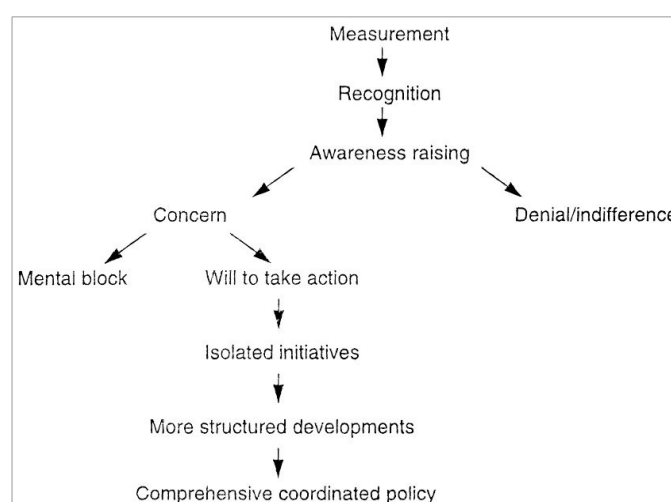


Illustration 3 : Spectre d'action des inégalités de santé (Source : Whitehead 1998, p. 471)

poursuite ou la stagnation de cette diffusion. Plusieurs auteurs français ont repris cette description, le plus souvent en la résumant en trois temps clefs (Couffinhal et al. 2005b) :

1. mesure et prise de conscience des inégalités sociales de santé,
2. perception en tant qu'enjeu de politique publique,
3. volonté d'action et construction progressive d'une politique globale et coordonnée.

Margaret Whitehead voit trois principaux facteurs ayant influencé cette diffusion en Europe dans les années 1980 et 1990. Le premier élément est la détérioration des

conditions socio-économiques avec d'une part la crise économique et ses conséquences sur l'emploi en Europe de l'Ouest, et d'autre part la chute des régimes soviétiques en Europe Centrale et de l'Est. Elle y ajoute la tendance à une dégradation de la santé dans certains pays et l'aggravation des écarts entre les groupes de populations dans la plupart d'entre eux. Le dernier facteur est le développement de stratégies spécifiques, au niveau national et international, pour porter les connaissances scientifiques à l'attention des décideurs politiques. Elle ajoute en conclusion, comme pour préciser ce point, l'importance du partage des connaissances et des évaluations dans la communauté européenne (communauté des chercheurs et des politiques). Le dernier facteur, quelque peu tautologique dans la manière dont le présente cet article, est cependant crucial. Il n'est pas seulement question ici du développement des connaissances (les « faits » scientifiques) et de prise de conscience (de l'opinion publique et des décideurs), mais également d'éléments spécifiques au monde politique qui font que ce sujet est mis sur l'agenda gouvernemental. L'exemple anglais illustre bien ce propos (Briatte 2009).

Nous l'avons vu, un des éléments déclencheurs du regain d'intérêt pour la recherche sur les inégalités sociales de santé a été la parution du rapport Black. Celui-ci a été commandé en avril 1977 par un secrétaire d'État à la santé travailliste, mais il ne fut publié qu'en 1980. Entre-temps, une nouvelle élection avait eu lieu menant au pouvoir un gouvernement conservateur, sous la direction de Margaret Thatcher, élu sur un programme de restriction budgétaire et de limitation des dépenses publiques. Par conséquent, le rapport Black ne bénéficia que d'une publication de tirage limité, en plein été, comme document de travail interne. Une manière comme une autre d'"enterrer" ce rapport. Ceci n'empêcha pas la poursuite de recherches sur les inégalités sociales de santé dans un pays avec une forte tradition de recherche en santé publique. Mais pour ce qui est de la concrétisation politique ce fut par contre une période de latence. Le Royaume-Uni entra dans une phase de déni de l'existence du problème, effaçant les termes « inégalités de santé » et « pauvreté » du vocabulaire officiel, malgré une reprise des recherches du NHS dans ce domaine en 1995 (Whitehead 1998). Il fallut attendre 1997 et l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement néo-travailliste pour que les inégalités sociales de santé se retrouvent sur l'agenda politique. Durant les années précédentes, ce parti utilisa en effet le rapport Black et son délaissement par les gouvernements conservateurs comme symbole pour se démarquer d'eux et affirmer une nouvelle politique de santé s'attaquant aux causes de la mauvaise santé, dans une logique égalitaire. Les premières mesures, symboliques, furent de créer un nouveau poste de secrétaire d'État à la santé publique et de commander un

nouveau rapport sur les inégalités sociales de santé. Les recommandations qui en sont issues susciterent d'autres mesures, allant dans le sens d'une politique globale des inégalités de santé.

En Europe

Dès 1985 un des objectifs de l'OMS-Europe était la réduction des inégalités sociales et économiques pour améliorer la santé. Cette démarche entrainait dans la charte « la santé pour tous en l'an 2000 » avec pour finalité une diminution de 25 % des différences d'état de santé entre pays et entre groupes d'un même pays. Cet objectif très ambitieux est considéré par Margaret Whitehead comme ayant un rôle plus symbolique que pragmatique, le but étant de légitimer cette thématique et d'inciter les pays à s'en préoccuper (*Ibid.*). Vingt ans plus tard, en 2005, une commission sur les déterminants sociaux de la santé, présidée par Michael Marmot, a été créée par l'OMS durant 3 ans, légitimant cette thématique sur un plan international. Le but était de « réunir des décideurs, des chercheurs et des organisations de la société civile du monde entier afin de combattre les causes sociales des problèmes de santé et des inégalités sanitaires (évitables) » (OMS 2013). Son rapport final, publié en 2008 pour la version en langue anglaise, réaffirme un objectif d'équité en santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé (OMS et Commission des déterminants sociaux de la santé 2009). Pour aboutir à ce rapport, la commission s'est notamment appuyée sur des études réalisées à l'échelle européenne. Depuis les années 1990, deux grands programmes de recherche ont été soutenus par la Commission européenne, avec pour base l'université Erasmus de Rotterdam. Ils étaient axés sur l'épidémiologie (projet du *EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health*, suivi du projet *Eurothine*) et sur l'économie (projet *Equity*) (Jusot 2010). Parallèlement, dans un souci de faciliter les comparaisons, des projets ont vu le jour pour harmoniser les systèmes d'information sur la santé au niveau européen, à l'initiative entre autres d'Eurostat et de l'OMS-Europe. Ces différentes études portaient sur la mise en évidence des inégalités sociales de santé et leur compréhension, mais aussi sur le recensement d'initiatives nationales de lutte contre celles-ci dans l'intention de les évaluer. Pour autant, ce n'est pas au niveau des instances européennes que sont mises en place ces politiques, bien que l'Europe puisse soutenir des initiatives locales (comme le projet *Determine*) ou formuler des recommandations. Quelques pays de l'espace européen

sont régulièrement cités en exemple dans cette, en particulier le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède. Tous n'ont pas adopté les mêmes stratégies et il est intéressant de les décrire rapidement, car cela reflète l'image de la justice sociale propre à chaque pays dans ce domaine.

Le Royaume-Uni

Le Royaume-Uni a opté pour des objectifs chiffrés ciblant directement les inégalités et une politique transversale intéressant plusieurs ministères tout en s'appuyant sur un réseau local. La mobilisation a eu lieu après un second rapport commandé en 1997 et remis en 1998, le rapport Acheson, et qui a abouti à un livre blanc du gouvernement présentant un plan de lutte contre les inégalités sociales de santé : « *Health inequalities: an action report* ». Les premiers objectifs chiffrés datent de 2001 et ont pour horizon 2010. Ils sont au nombre de deux : réduire de 10 % la différence de mortalité entre la classe des travailleurs manuels et la population générale ; et réduire de 10 % la différence d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale. L'approche concerne, par cet aspect, autant des catégories sociales et que des territoires définis à la fois par des critères sanitaires et monétaires. Ces zones sont en effet déterminées par les indicateurs suivants : espérance de vie à la naissance pour les hommes et pour les femmes, mortalité en dessous de 75 ans par cancer, par maladies cardiovasculaires, indicateur composite de « défavorisation ». D'autres objectifs sont venus compléter le dispositif en 2004, toujours basés sur ces définitions territoriales : diminuer de 40 % l'écart de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre les zones défavorisées et l'ensemble du pays, et diminuer de 6 % l'écart de mortalité par cancer entre ces zones et l'ensemble du pays ; ciblant des déterminants spécifiques socialement marqués : réduction de la prévalence du tabac de 26 % chez les travailleurs manuels, diminution de 50 % des grossesses non désirées chez les moins de 18 ans et arrêt de l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants de moins de 11 ans. On le voit, l'orientation est axée sur une politique du résultat et s'approche d'une logique utilitariste dont les inégalités seraient la cible.

Pour mener à bien ses ambitions, le gouvernement du Royaume-Uni a publié plusieurs documents de mises en œuvre, dont un en 2003, rédigé par le *Department of Health* : « *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action* ». Quatre axes d'interventions sont décrits : le soutien aux familles, aux mères et aux enfants, la promotion de l'engagement communautaire, la prévention et l'accès à des soins efficaces, et l'action sur

les déterminants sociaux de la santé. Bien que rédigés par le ministère chargé de la santé, ces axes nécessitent au niveau national la coopération d'autres ministères pour prendre en compte, en amont, les déterminants sociaux de la santé. Une approche transversale est donc privilégiée, s'appuyant sur des programmes préexistants tels que des actions sur la petite enfance ou l'urbanisme. Le *National Health Service* n'est cependant pas en reste. Il s'appuie sur un réseau local de groupes de soins primaires (*Primary Care Trusts*) devant traduire en actes ces objectifs. Ceux-ci doivent mettre en place des actions de prévention orientées vers des populations cibles, en travaillant notamment en collaboration avec les associations locales. Pour inciter les groupes de soins primaires à s'inscrire dans cette démarche, des « contrats locaux d'objectifs de services publics » sont conclus avec le gouvernement central. Une gratification financière vient récompenser les objectifs atteints.

Les Pays-Bas

Aux Pays-Bas, la politique de lutte contre les inégalités sociales de santé ne procède pas du même abord. Elle a débuté de manière plus précoce suite à la diffusion du rapport Black. Dès 1985, le gouvernement s'est approprié les objectifs de l'OMS et l'année suivante il publie un rapport incluant un paragraphe consacré aux inégalités sociales de santé. À la différence du Royaume-Uni, c'est sur la base d'un consensus qu'en 1987 un gouvernement de coalition chrétiens démocrates/conservateurs met en place une conférence nationale incluant de nombreux acteurs du monde politique, sanitaire et social dans le but de mettre en place une action de lutte contre les inégalités de santé (Whitehead 1998). Le second point de différence est que cette stratégie est basée sur un couple recherche et expérimentation. En 1989 un programme de recherche est ainsi mis en place pour faire un état des lieux national des inégalités sociales de santé, suivi dans les années 1995-2001 d'une période d'expérimentations. Douze interventions ont ainsi été mises en place, que l'on peut décliner selon quatre axes : améliorer la position socio-économique des personnes les plus défavorisées, réduire les conséquences des problèmes de santé sur la position socio-économique, diminuer l'exposition aux facteurs de risque socialement déterminés, et optimiser l'accessibilité et la qualité des soins dans des populations désavantagées. Chacune prévoyait une évaluation dont les conclusions furent connues à la fin de l'année 2000 et dont il ressort une majorité de résultats positifs. On peut souligner notamment l'efficacité des interventions sur les conditions de travail et que les interventions locales ou ciblées sont à privilégier. *A contrario* une allocation fournie aux parents défavorisés et une

campagne de prévention de masses semblent peu efficaces (Couffinhal et al. 2005b). À la suite de ces résultats, une commission s'est réunie pour établir des recommandations politiques et des objectifs chiffrés à l'horizon 2020, ainsi que des interventions selon les quatre axes sus-cités. Des débats eurent lieu en 2001, mettant en balance l'objectif de réduire les comportements à risque avec le principe de responsabilité individuelle. Le processus prévu a été quelque peu ralenti par l'instabilité politique des années 2002-2003 mais son originalité expérimentale reste à considérer. Le HCSP appelle cependant à nuancer ce bilan en soulignant des « évaluations positives mais sur des thèmes limités, parcellaires et sur des périodes relativement courtes » (HCSP 2009a, p. 67). On peut aussi remarquer la stratégie qui consiste à cibler plus particulièrement les populations les plus désavantagées et les plus précaires.

La Suède

La dernière stratégie que je présenterai est fondamentalement différente. La Suède n'a pas de « politique de réduction des inégalités en tant que telle, mais plutôt [une] politique de santé publique fortement imprégnée d'objectifs d'équité » (Couffinhal et al. 2005b, p. 5). La réduction des inégalités de santé a été définie comme un objectif majeur de la politique suédoise depuis le milieu des années 1980. En 1991, une loi soulignait en outre l'intérêt de prendre en compte les effets sur la santé dans les politiques des autres secteurs. Mais comme au Royaume-Uni, l'arrivée d'un gouvernement conservateur-libéral ralentit ce processus, le jugeant moins prioritaire (Whitehead 1998). Le retour d'un gouvernement social démocrate en 1995 relança les débats et, en 1997, une commission est chargée de définir des objectifs de santé publique, aboutissant à un rapport en 2000 : « La santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique ». L'idée sous-jacente de ces politiques est de considérer la santé comme une condition préalable à un plein exercice de la citoyenneté, rendant les inégalités de santé injustes. Les recommandations préconisent dix-huit objectifs orientés sur les déterminants plus que sur des résultats, en appelant à une logique plus proche de l'égalité des chances que de l'utilitarisme. Certains déterminants sont clairement d'ordre social et, si le terme d'inégalité n'est pas explicite, certains des travaux de recherche cités sont ceux des inégalités sociales de santé. Ces propositions ont abouti à une loi de santé publique en 2003 avec des orientations qui traitent du contexte économique et social général, des facteurs de risque collectifs ou individuels et des services de soins. Une évaluation a eu lieu en 2005 apportant un bilan mitigé. Elle met en avant l'intérêt de formuler les objectifs en termes de déterminants de

santé, tout en dévoilant des difficultés dans la réalisation « en raison notamment du manque d'une structure politique coordonnant l'action interministérielle requise pour l'atteinte de ces objectifs ainsi que du manque de coordination au niveau régional » (Jusot 2010, p. 85). En 2008, une alternance politique avec un gouvernement de centre droit conduit à modifier les objectifs de la loi de santé publique. La responsabilité individuelle, les comportements à risque et la promotion de la santé sont alors mis en avant délaissant quelque peu la réduction des inégalités économiques, là encore dans une logique méritocratique.

Que retenir de ces expériences ?

On peut constater tout à la fois la diversité des stratégies adoptées et des points communs concernant la réussite d'une politique de lutte contre les inégalités sociales de santé. En ce sens, parmi les points de convergence, une stratégie dépassant le seul ministère chargé de la santé semble nécessaire. Le système de soins, et donc le ministère qui en a la charge, influencent certes la santé, mais cette dernière dépend plus encore de déterminants sociaux gérés par d'autres ministères. Une politique transversale est donc essentielle. Cette stratégie interministérielle nationale doit s'accompagner en outre d'un ancrage régional et local avec un lien fort entre ces différents niveaux.

Pour ce qui est de la diversité des politiques, deux axes peuvent être distingués : les populations ciblées et les déterminants visés. Selon les interventions, les populations prioritaires ne sont pas toujours les mêmes. Beaucoup de pays axent leurs politiques sur l'amélioration de la santé des populations désavantagées et marginales, c'est le cas nous l'avons vu des Pays-Bas, mais aussi du Danemark ou de l'Italie. Cette logique est proche de celle du principe de différence de Rawls. La priorité est mise sur l'amélioration des plus mal lotis. D'autres s'orientent plutôt vers des objectifs de réduction des écarts entre des groupes sociaux, comme le Royaume-Uni, dans une logique utilitariste dont le but serait l'égalité des résultats. Ceci n'empêche pas ce pays d'avoir également une approche par zones défavorisées. En d'autres termes, certains visent une amélioration des mesures absolues de santé des plus précaires, alors que d'autres ciblent des inégalités relatives. Selon le HCSP, la Norvège est le seul pays se fixant comme objectif d'agir sur le gradient social de santé et ce dans un rapport datant de 2007 (HCSP 2009a). Enfin, la Suède, avec sa politique de santé visant l'équité pour tous et l'accentuation mise sur la responsabilité individuelle, s'oriente davantage vers un principe d'égalité des chances.

Les déterminants sur lesquels les politiques vont s'appuyer est un autre point de divergence. On peut en effet décrire des mesures s'attaquant, en amont, aux inégalités sociales elles-mêmes et d'autres s'intéressant, en aval, à l'accès et à la qualité des soins. Certaines mesures peuvent être considérées comme intermédiaires, visant l'exposition à des facteurs de risque socialement déterminés (Couffinhal et al. 2005b). La majorité des politiques décrites combinent ces différentes actions, dans des proportions néanmoins variables. Dans ce cadre, un poids particulier est souvent conféré aux comportements à risque, comme aux Pays-Bas. Certains pays, à l'instar du Royaume-Uni, misent en outre sur des politiques globales *via* l'éducation, le travail ou l'environnement dans le but d'avoir des effets sur la santé.

En France

Des connaissances à la prise de conscience

En dehors des organismes de recherche tels que l'INSEE ou l'INSERM, la prise de conscience des inégalités sociales de santé est relativement récente dans les institutions nationales. De nombreux rapports publics ont vu le jour ces dix dernières années, mais les politiques elles-mêmes semblent encore en retrait.

Les premiers rapports publics abordant les inégalités sociales de santé l'ont fait sous l'angle de la précarité. Il s'agit de deux rapports parus en 1987. Le premier est signé de Joseph Wresinski, prêtre et fondateur de l'association ATD Quart Monde, pour le Conseil économique et social et est intitulé *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Il ne traite pas spécifiquement des problèmes de santé mais rend compte des mécanismes menant à la pauvreté et de ses conséquences, notamment sur la santé. Le second, intitulé *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité*, est un rapport de l'IGAS sous la direction de Joseph Revol et Hélène Strohl, qui concerne le sujet de manière plus focalisée, comme son titre l'indique.

Il faut ensuite attendre près de 10 ans pour voir réapparaître une thématique liant la santé à des déterminants sociaux. Les organismes de santé publique s'approprient alors la thématique. Un premier rapport du Haut comité de la santé publique (créé en 1992) est intitulé *La santé en France*, publié en 1994. Il comporte une partie faisant un état des lieux des inégalités sociales, et propose « quatre grands buts d'une politique de santé à moyen terme » dont le dernier est « réduire les inégalités face à la santé ». Les auteurs décrivent

trois grands types d'inégalités : entre les hommes et les femmes, entre les catégories sociales les plus favorisées et les moins favorisées et entre les régions. Des objectifs sont plus spécifiques et visent les plus défavorisés en recommandant l'amélioration de leurs conditions de vie et de leur insertion d'une part et l'accès aux services médicaux et sociaux d'autre part (Haut comité de la santé publique 1994). Un deuxième rapport fait suite à celui-ci en 1998 et permet d'analyser l'évolution, il comporte un chapitre sur les déterminants de la santé, incluant des déterminants sociaux, et souligne la répartition socialement marquée de certains comportements (alcool, tabac). Pour autant son analyse reste axée sur la précarité, fortement présente dans le débat public. Un peu plus tôt dans cette même année 1998, un autre rapport du Haut comité de la santé publique traite plus spécifiquement de *la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Les solutions préconisées par cette institution sont de quatre ordres : des mesures générales d'intégration et de cohésion sociale (éducation, logement, travail, mais aussi accès aux droits sociaux et aux soins) ; d'autres plus spécifiques de réinsertion à l'intention des personnes déjà en situation de précarité ; certaines visant l'amélioration des connaissances du lien entre précarité et santé ; et enfin des mesures pour la diffusion de ces problématiques dans les milieux professionnels et l'opinion publique. Les auteurs précisent qu'ils considèrent que « les mesures les plus fondamentales sont extérieures à la sphère de la santé » (Haut comité de la santé publique 1998, p. 297).

Une étape notable dans la prise en compte des inégalités sociales de santé en France fût la publication à la fin de l'année 2000 de l'ouvrage collectif *Les inégalités sociales de santé* sous la direction d'Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang. Il fait suite à un programme de recherche de l'INSERM lancé en 1997. Ce livre est remarquable en ce qu'il établit non seulement un état des lieux des inégalités sociales de santé mais qu'il questionne aussi celles-ci en tant qu'objet : leurs définitions, leurs mesures, les explications qu'on en donne et leurs enjeux politiques. Pour cela les chapitres sont rédigés par pas moins de 51 auteurs venus d'horizons divers. Ils sont composés de près de la moitié d'épidémiologistes et de médecins de santé publique mais on retrouve également des chercheurs en sciences humaines et sociales pour près d'un tiers (sociologues, démographes, politologues...), des biologistes, des statisticiens, des cliniciens, etc. Il s'agit donc d'un ouvrage qui donne un bon aperçu des enjeux pratiques et théoriques des inégalités sociales de santé, et qui fût à l'origine, si ce n'est d'une réelle prise de conscience dans l'opinion publique, au moins de débats et de nouvelles recherches dans les milieux politiques et scientifiques.

Par la suite, plusieurs initiatives concernant la recherche ont vu le jour, notamment avec l'aide de la DREES dont les responsables jugeaient important de soutenir ce point de façon permanente pour nourrir le débat public (Elbaum 2007). En 2002, un appel à projet sur le thème des déterminants sociaux a été lancé par le CNRS, l'INSERM et la DREES, dans le cadre du programme « sciences biomédicales, santé et société ». En 2004 fut créé l'Institut virtuel de recherche en santé publique (IVRSP) à l'initiative de l'INSERM et qui associait les différents acteurs impliqués dans la recherche en santé publique : opérateurs de la recherche en Santé Publique, ministères de tutelle, agences de sécurité sanitaire et caisses d'assurance maladie. En 2005, son premier programme a porté sur les liens entre inégalités sociales et santé. Cet organisme s'est depuis structuré en groupement d'intérêt scientifique, s'appelant désormais Institut de recherche en santé publique (IReSP) et compte 24 partenaires. Les déterminants de la santé restent un de leurs trois domaines de recherche soutenus. On peut évoquer également les recherches de l'Institut de recherche en économie de la santé (IRDES) qui possède un pôle « Inégalités sociales de santé et recours aux soins », dont le responsable est Paul Dourgnon. Il présente l'étude des inégalités comme « un axe historique » de l'IRDES, « centré sur l'analyse des déterminants de la santé et du recours aux soins » (IRDES 2012, p. 17). On retrouve effectivement des travaux spécifiques sur les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé dès 2002, et des travaux plus anciens sur l'accès et la consommation de soins, avec en particulier l'enquête portant sur la santé et la protection sociale (ESPS) débutée en 1988. À tout cela il faut ajouter l'adaptation d'instruments préexistants, tels que la collecte de données de l'INSEE permettant de faire le lien entre santé et situation sociale. D'autre part des organismes en dehors du champ de la santé mettent en place des thématiques qui croisent celle des inégalités sociales de santé. On peut citer à cet égard l'Institut national d'études démographiques (INED) ou l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES).

Cette multiplication des recherches et des connaissances dans les années 2000 a amené les inégalités sociales de santé à être de plus en plus visibles dans les thématiques des organismes de santé publique français. Lors de la loi de santé publique de 2004 fut mis en place le Haut conseil de la santé publique (HCSP) qui ne devint réellement opérationnel qu'en 2007. Il est le successeur du Haut Comité de la santé publique et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. En septembre 2008, un groupe de travail transversal sur les

inégalités sociales de santé est créé suite à une auto-saisine proposée par Thierry Lang. Ce groupe se donne alors pour « objectifs :

- de faire le point sur les données descriptives
- de réfléchir à l'intérêt et la nature d'indicateurs de santé concernant les inégalités sociales de santé
- de faire des propositions d'interventions et d'objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités de santé, comme pour les autres problèmes de santé » (HCSP 2009b, p. 33).

Ce même rapport d'activité regrette que le thème des inégalités sociales de santé dans sa globalité n'apparaisse pas en tant que tel dans la loi de santé publique du 9 août 2004, si ce n'est sous l'angle de la précarité. Il est donc envisagé de s'attaquer à la question des inégalités pour l'ensemble de la population, et de prendre enfin en compte la notion de gradient social. Le premier aboutissement de ce groupe de travail est la publication d'un rapport, en 2009, intitulé *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Toujours sur ce même sujet, des articles ont été publiés dans la revue « Actualité et dossier en santé publique », éditée par le HCSP, avec notamment un numéro spécial en décembre 2010, et dernier rapport a paru en juin 2013 sur les « indicateurs de suivi des inégalités sociales de santé ».

Cette évolution montre que les inégalités sociales de santé deviennent, bien que tardivement en France, un sujet de préoccupation officiel tant pour les organismes de recherche que pour les instances de santé publiques. On passe ainsi du seul développement de la connaissance à la recherche d'actions pour lutter contre ce phénomène. D'autres organismes de santé publique tels que l'INPES mettent en place des programmes et publient des rapports en ce sens (Potvin, Moquet et Jones 2010), et le monde politique apporte lui aussi son lot de mission parlementaire (Flajolet 2008). Les politiques publiques n'ont cependant pas attendu la fin des années 2000 pour commencer à agir, de près ou de loin, sur les inégalités sociales de santé.

Vers la construction d'une politique globale ?

Au niveau national

Les politiques nationales suivies en France peuvent se lire en partie à travers la publication des rapports précédemment cités. On y retrouve d'abord une orientation forte et durable pour la lutte contre l'exclusion et l'accès aux soins des plus démunis. Suite aux débats sur la précarité et l'exclusion durant les années 1990 et les rapports du Haut comité

de santé publique les mettant en relation avec la santé, une loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions fût adoptée en 1998. Celle-ci contenait un volet sur la santé se traduisant essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins, et ce malgré le rapport sur l'exclusion du Haut comité de santé publique qui mettait en lumière les différents déterminants et relativisait le rôle des soins dans ce processus. Consécutivement à cette loi, il fût mis en place les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) destinés à concrétiser l'accompagnement en santé des personnes en situation de précarité. Ces programmes ont l'avantage de s'organiser à un niveau local, ce qui favorise une approche transversale à la fois sanitaire et sociale, chacun apportant idéalement « l'analyse des besoins concernant son secteur et ce qu'il propose en échange » (Larcher 2010, p. 91). À cette occasion furent aussi créées les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dispositifs prévus dans chaque hôpital public (ou participant au service public) et permettant l'accès à une prise en charge médico-sociale. Les évaluations de ces dispositifs furent mitigées malgré certaines actions locales innovantes (Couffinhal et al. 2005b), notamment pour les PASS auxquelles il est reproché une activité médico-sociale très contrastée et de moyens parfois insuffisants (DHOS 2004).

En 1999, une nouvelle loi compléta l'universalisation de l'accès aux soins en créant la couverture maladie universelle (CMU). Elle vise à offrir une couverture maladie à l'ensemble des personnes résidant en France de façon stable et régulière et qui ne serait pas couvert par ailleurs. Cette assurance est complétée par une part mutuelle, la CMU complémentaire (CMU-C), gratuite sous condition de ressources. Contrairement aux dispositifs précédents, celui-ci est accompagné d'une volonté d'évaluation, notamment en termes de morbi-mortalité, permettant donc à terme une appréciation de son efficacité sur les inégalités sociales de santé. Le dernier rapport du Fonds CMU, chargé de cette évaluation, fait ainsi état, entre 2000 et 2009, d'une diminution du renoncement aux soins et d'une diminution de l'écart de santé perçu pour les bénéficiaires de la CMU-C en comparaison de ceux n'en bénéficiant pas (tout en observant une amélioration de la santé perçus dans les deux catégories) (Fonds CMU 2011).

Cette description ne sous-entend pas que l'État français n'agit jusque-là pas du tout sur les autres déterminants sociaux de la santé. Plusieurs dispositifs, notamment apportés par la loi de 1998 contre les exclusions, comportent des actions ayant probablement eu un effet sur les inégalités sociales de santé. On peut citer par exemple l'instauration de minima sociaux ou les lois sur l'urbanisme et le logement. On peut citer également, en prenant des exemples plus proches des politiques de santé, l'évolution de la médecine du travail, les

politiques en faveur de l'enfance comme la protection maternelle et infantile (PMI) ou encore la lutte contre le saturnisme. Cependant aucun de ces dispositifs ne fait référence à une volonté d'action sur les inégalités de santé et par conséquent aucun ne se soucie d'en mesurer d'éventuels effets.

La première loi évoquant de manière plus explicite les inégalités sociales de santé, et sortant du cadre restreint de la précarité et de l'accès aux soins, est la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il est ainsi précisé dès l'article 2 que « la politique de santé publique concerne : [...] 7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire »⁶. Dans le même article, au paragraphe suivant, il est fait référence à « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées » qui doit être considéré un objectif prioritaire de la politique de santé. Encore une fois, on voit que l'accent est mis sur les populations les plus précaires et sur le seul problème de l'accès aux soins.

Dans les annexes sont ensuite décrits neuf principes de la politique de santé publique, devant servir de référence dans la définition, la construction et la mise en œuvre des plans stratégiques de santé publique. Un de ces principes fait référence à la réduction des inégalités et est défini comme suit : « principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques ». Toujours dans ces annexes sont aussi définis 100 objectifs de santé publique, dont deux sont réunis sous l'intitulé « Précarité et inégalités ». Il s'agit selon ce texte d'objectifs « dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques » et sont présentés dans un tableau similaire à celui-ci :

6 Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (NOR : SANX0300055L).

OBJECTIF		OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
33	Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.	Analyser les conséquences d'un effet « seuil » lié aux revenus sur le recours aux soins.	
34	Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.	Identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine.	* Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

Tableau 3 : Objectifs « Précarité et inégalités » de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Ce ne sont cependant pas les seuls objectifs dont le résultat peut avoir un effet sur les inégalités sociales de santé. Par exemple, les 14 premiers objectifs concernent l'alcool, le tabac et la nutrition et l'activité physique qui sont liés à des comportements très marqués socialement, et un autre domaine est celui de la santé au travail. Seul le troisième objectif, qui concerne la consommation de tabac, vise une diminution quantifiable en explicitant un effort particulier sur « les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence », et demande en conséquence un indicateur précisant ces paramètres. Aucun autre des 100 objectifs ne fait référence aux inégalités sociales de santé ou à des déterminants socialement différenciés, ce qui semble bien peu pour un principe participant de la définition même de la santé publique. On peut en conclure que la lutte contre les inégalités sociales de santé apparaît plus comme un cadre de référence que comme une politique contraignante.

Ce n'est pas la seule critique que l'on peut faire de ce texte. Encore une fois, l'action sur les inégalités sociales de santé reste limitée, pour ce qui concerne la politique de santé publique, à « la promotion de la santé » et à « l'accès aux soins et aux diagnostics » tel que stipulés dans l'article 2. La santé publique verrait donc son champ d'activité limité au seul système de soins, alors même que les déterminants de la santé sont beaucoup plus larges. Didier Fassin rapporte à ce sujet un fait révélateur au sujet de la discussion de ce passage du texte concernant l'objet de la politique de santé publique. « Lors du passage de ce texte au Sénat, le 14 janvier 2004, l'ancien ministre de la Santé Jack Ralite a demandé

que soit ajouté à la fin de cette formule : “et par la lutte contre l’ensemble des facteurs d’inégalités sociales de santé”, expliquant que ces dernières “trouvent leurs sources dans des facteurs beaucoup plus larges que les seuls systèmes de soins et de prévention” » (Fassin 2004, p. 83). Cette proposition fut rejetée par Jean-François Mattéi, le ministre de la santé en poste. Une autre proposition était de qualifier les inégalités de santé de « socioprofessionnelles et territoriales », mais il a été répondu par le ministre que cela aurait pour conséquence d’affaiblir le texte en limitant les inégalités de santé à ces seules dimensions, à moins de citer l’ensemble exhaustif des inégalités possibles en matière de santé, « notamment les raisons médicales ». Le choix de ne pas faire référence au social en évoquant les inégalités de santé est donc un choix explicite et non une omission. À l’occasion, on se rend compte aussi que le « médical » fait référence exclusivement au biologique et n’inclut donc pas le social. Nous reviendrons sur ce point. Ce premier texte de loi évoquant les inégalités sociales de santé pêche donc en plusieurs points. À la fois d’un point de vue quantitatif en limitant le nombre d’objectifs y faisant référence, et d’un point de vue qualitatif en limitant l’action au système de santé et en évitant de faire une référence trop explicite au social.

Le dernier texte important en date pour la politique de santé est la loi de 2009 dite HPST⁷. Cependant les inégalités sociales de santé en sont largement absentes. À cette occasion ont été créées les agences régionales de santé (ARS) et il est seulement rappelé que ces dernières doivent « mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique » telle que définie dans les objectifs de santé publique, et par conséquent prendre en considération les inégalités de santé. Il est également rappelé que ces agences doivent veiller à l’accès aux soins de santé des personnes en situation de précarité ou d’exclusion.

Au niveau local

La création des ARS oriente vers une forme de régionalisation des politiques de santé. Une forme seulement, car Didier Tabuteau la présente comme « en trompe l’œil » du fait des modalités pratiques qui en font une étatisation déconcentrée, au détriment des politiques locales antérieures (Tabuteau 2013). Chaque ARS a pour mission de créer un plan régional de santé (existant depuis la fin des années 1990), dont un décret d’application de la loi HPST précise qu’un des objectifs est la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé. Plusieurs ARS ont ainsi affiché cet axe comme prioritaire. Pour exemple, l’ARS

7 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR : SASX0822640L).

Languedoc-Roussillon prévoit des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé en termes d'accès aux soins et à la prévention. Les différents niveaux des collectivités territoriales peuvent aussi se saisir de compétences en santé grâce à plusieurs textes de loi, par exemple la protection de la famille et de l'enfance pour les conseils généraux, mais aussi les transports ou l'aménagement du territoire. De nombreuses expériences sont ainsi décrites, souvent en mobilisant d'autres ressources que le système de santé. La proximité des usagers et des acteurs favorise une approche transversale. Du point de vue de l'efficacité, les compétences des communes leur donne une action directe sur le cadre de vie des habitants, et la communication est elle-aussi favorisée par la proximité. Cette approche "par le bas" a ainsi de nombreux avantages, mais l'IGAS nous en rappelle aussi les limites (Moleux, Schaezel et Scotton 2011). La première est que la plupart de ces politiques vise l'amélioration de la santé de la population de manière globale, dans une action pour tous, et non la réduction des inégalités, ce qui peut parfois s'avérer contre-productif vis-à-vis des inégalités. Quand ces dernières sont évoquées il s'agit le plus souvent d'une question d'accès aux soins et à la prévention, et pas des déterminants sociaux de la santé. Ensuite, il existe peu d'évaluations de la pertinence et de la qualité de ces politiques. Il existe un intérêt à lier les différents niveaux, local et national, afin de permettre une potentialisation des effets, le national ayant vocation à définir les orientations structurantes. On peut noter aussi comme le fait le HCSP la faiblesse de ces dispositifs dans les zones rurales (HCSP 2009a).

Parmi ces initiatives locales, nous avons déjà évoqué les PRAPS créés par la loi de 1998 de lutte contre l'exclusion. Les lois successives ont modifié ce dernier, mais il persiste des dispositifs comme les Ateliers santé ville (ASV) qui en sont issus. Ils sont actuellement considérés comme le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) qui sont des contrats passés avec l'État dans le cadre de la politique de la ville. Ce ne sont donc pas à l'origine des éléments de politique de santé, ce qui peut être vu aussi comme un avantage favorisant une vision véritablement transversale. Il en existe actuellement environ 300 en France. Un peu moins de 70 villes ou communautés d'agglomération font par ailleurs partie du réseau des Villes-santé OMS, créé en 1988. Il s'agit pour ces dernières d'adhérer à une charte en faveur de la promotion de la santé, dans un sens très large. Un dernier exemple est celui d'actions dans le cadre de l'Agenda 21, qui est un plan d'action pour le XXI^e siècle adopté par 173 chefs d'État au sommet de la Terre à Rio de Janeiro en 1992. Il vise l'application au niveau des collectivités territoriales de principes de développement durable dans divers secteurs dont la promotion de la santé.

Bilan

Pour conclure en reprenant le titre d'un chapitre du rapport de l'IGAS, « il n'existe pas de stratégie explicite de réduction des inégalités de santé en France » (Moleux, Schaetzel et Scotton 2011, p. 23). Cela ne veut pas dire que cette thématique n'apparaît pas du tout, mais on ne retrouve pas de politique globale et coordonnée, pour reprendre la troisième étape de la terminologie de Mireille Elbaum et les conclusions de l'IGAS. La France a pris conscience que les inégalités sociales de santé existent et posent problème (étape 1) et commence à les percevoir comme un enjeu de politique publique (étape 2). Mais pour le moment, elles apparaissent dans une politique de santé publique orientée presque exclusivement sur le système de santé et sont abordées quand c'est le cas par l'accès aux soins et la prise en charge des personnes les plus vulnérables. Sont ainsi mis de côté la plupart des déterminants sociaux et la notion de gradient social de santé intéressant l'ensemble de la population.

Comment expliquer en France cet intérêt tardif, et encore limité dans les solutions apportées, concernant les inégalités sociales de santé ? Une réponse peut être esquissée à partir du modèle de notre système de santé, et une comparaison avec le système anglais fera apparaître les enjeux induits par chacun d'eux (Berthod-Wurmser 2000). Au Royaume-Uni, le système de type *beveridgien* est fondé sur un accès gratuit et universel aux soins (même si cela peut se discuter sur certains points). Depuis l'après Seconde Guerre mondiale, la répartition des soins est constituée par une cascade issue du budget de l'État, puis décentralisée vers les régions, les districts et les acteurs de santé (soins et prévention). Afin de gérer cette répartition, la question s'est donc posée des critères d'allocations des ressources, et parmi ceux-là l'état de santé des populations avec la question inévitable des inégalités. Le NHS s'est donc rapidement appuyé sur des équipes de recherche en santé publique pour répondre à ces questions. En France, la situation est très différente car le système de santé est basé sur des assurances et amène plutôt la question de qui est assuré et qui ne l'est pas. L'État s'est ainsi largement préoccupé de l'accès aux soins de ses citoyens depuis la création de l'assurance maladie dans l'après-guerre jusque dans les années 2000 avec la mise en place de la CMU. Le système de santé s'est ainsi focalisé sur le remboursement des prestations par l'assurance maladie, dans une configuration où les médecins étaient considérés comme les seuls aptes à juger du bien-fondé des actes réalisés. Pendant longtemps, il n'est donc pas apparu nécessaire pour l'État, pas plus que pour les autres acteurs, de posséder des données détaillées sur les patients (d'un point de vue

sanitaire ou social), ni sur les territoires. « Fonder, comme c'était le cas en France, le fonctionnement d'un système de santé sur "le droit à rembourser des services" effectivement délivrés à un assuré ne conduisait pas à se poser des questions en termes de populations, de territoires, de comportements ou de situations sociales – tous concepts qui fondent les démarches de santé publique. L'ambiguïté des répartitions des compétences et des relations entre l'assurance maladie, l'État et les collectivités locales a, sans doute, ajouté à la difficulté » (*Ibid.*, p. 75). L'apparition dans les années 1980 d'importants problèmes de financement de l'assurance maladie a modifié les termes du débat. Dans le but d'une gestion plus économe des ressources, différents dispositifs d'évaluation ont été mis en place, notamment en santé publique, faisant réapparaître la question des inégalités sociales de santé.

Focalisation sur la précarité

Nous l'avons vu, le débat sur les déterminants sociaux de la santé s'est longtemps limité à la question de la pauvreté, avec l'idée que, si des différences de santé étaient observées entre les plus pauvres et les plus riches, c'était du fait des conditions de vies difficiles des premiers. On peut en effet penser qu'à partir d'un certain niveau de vie, il existe moins de chances de connaître de mauvaises conditions matérielles ou de devoir se priver de soins. Il y aurait donc deux populations : les pauvres et les autres. Cette manière de voir les choses n'est que partielle, des inégalités de santé existant entre chacun des niveaux jusqu'au plus haut dans la hiérarchie, et limite la portée des analyses que l'on peut faire des inégalités sociales de santé. Cependant, elle persiste dans de nombreux esprits pour plusieurs raisons. La première est que cette représentation bipolaire n'est pas spécifique aux inégalités de santé mais correspond à une vision plus générale des inégalités sociales dans leur ensemble. Cette vision s'inscrit par ailleurs dans une tradition médicale ancienne de soins aux « indigents », proche de la charité. Une dernière raison est qu'une manière de lutter contre les inégalités sociales de santé peut être de commencer prioritairement par améliorer la condition des plus défavorisés.

Une nouvelle question sociale

Au XIX^e siècle, la question sociale était celle de la paupérisation d'une partie de la population au moment du développement de la société industrielle, telle que décrite par Villermé. Une réponse a été, à travers la constitution de groupes sociaux organisés, l'obtention de droits nouveaux, ces conquêtes sociales se traduisant dans la loi à travers

une régulation étatique. On assiste depuis les années 1980 à un changement de paradigme et à l'apparition d'une « nouvelle question sociale ». Celle-ci se traduit dans les discours par l'apparition de nouveaux termes tels que « précarité » et « nouvelle pauvreté » (Paugam 1996). Le modèle salarial précédent, qui avait un relatif équilibre au sein d'un État-providence, est mis en question par la montée du chômage et la mise à l'écart de personnes jusque-là intégrées. La notion de précarité renvoie ainsi à l'apparition d'« un ensemble hétérogène de situations instables génératrices de difficultés nouvelles pour des franges de la population jusque-là à l'abri de la pauvreté » (*Ibid.*, p. 12). Cette « nouvelle pauvreté », comme on l'appelle alors, ne concerne plus uniquement des groupes marginaux, jugés inadaptés au système salarial, mais des individus insérés qui risquent de se retrouver mis à l'écart. La création du revenu minimum d'insertion (RMI) en 1988, et la nécessité d'évaluation de celui-ci, fut l'occasion d'étudier de manière plus détaillée cette nouvelle pauvreté. D'une définition statique et monétaire de la pauvreté, on a évolué vers une définition dynamique et multidimensionnelle et l'apparition de la notion d'« exclusion », pouvant toucher un public hétérogène qui échappe aux dispositifs d'aide mis en place par l'État-providence dans un but de cohésion sociale. C'est fréquemment cette expression qui est dorénavant retrouvée dans les ouvrages traitant des questions sociales mais aussi dans les médias et les discours politiques.

Cette nouvelle terminologie implique une autre manière de concevoir le rapport de cette population à la société puisque l'exclusion n'existe pas dans l'absolu mais dans des dialectiques inclusion/exclusion (Schnapper 1996). On retrouve notamment l'exclusion au niveau politique, en particulier avec les questions liées à l'immigration et, au niveau économique et social, avec le rapport à l'emploi d'une part ou les relations sociales et familiales d'autres part. Ce qui est mis en avant, c'est le risque d'un processus de rupture à ces différents niveaux entre des individus et le reste de la société, aboutissant à des situations de précarité et d'exclusion. Pour autant, il serait abusif et simplificateur de dire que ces personnes sont exclues du monde social. Il existe toujours une forme de socialisation avec la famille, l'entourage, des associations, l'État, etc., même dans les situations les plus dramatiques (Aïach et Fassin 2004). Cela doit aussi être pris en compte dans l'étude du phénomène.

Cette polarisation du débat favorise une approche focalisée sur la frange la plus vulnérable de la population, avec le risque que cela se fasse au détriment d'une approche globale du système. « L'invitation à lutter contre l'exclusion a ainsi simplifié le social, certainement beaucoup trop » nous dit Pierre Rosanvallon, rappelant qu'il ne faut pas

confondre le processus et le résultat social donné. Il pointe pour l'exemple la question de l'augmentation du chômage qui focalise l'attention au risque de ne pas voir la question plus générale de « la fragilisation multiforme du salariat (précarité, flexibilité) [qui] modifie aussi en profondeur notre société » (Rosanvallon 1998, p. 88). On s'attacherait ainsi aux conséquences comme à des états de fait, sans prendre en compte la construction dynamique de ces derniers.

Ce risque de « simplification » existe aussi pour les inégalités sociales de santé où la notion de gradient social, intéressant l'ensemble de la population, est parfois oubliée en pratique pour la seule étude des personnes les plus précaires. Cette vision inclus/exclu a, là aussi, tendance à déplacer l'explication sur des populations plus que sur des mécanismes, allant parfois jusqu'à une « vision naturalisante » (Annette Leclerc et al. 2000, p. 17). Dans une réification des exclus, on peut avoir tendance à considérer qu'ils sont « comme ça », qu'ils ont une culture propre ou des attitudes par rapports à leur corps expliquant les observations en termes de santé.

Une tradition médicale de charité

La question des soins et de l'assistance aux malades est un élément important pour l'Église catholique. Les organisations religieuses catholiques ont longtemps été hostiles au principe d'un État-providence, gardant une vision de la charité comme devant être un devoir de l'individu. Elles ont ensuite évoluées à la fin du XIX^e et au début du XX^e en acceptant voire en soutenant un rôle de l'État dans la justice redistributive à travers l'idée d'assurances sociales. En abandonnant ce rôle global, elles se sont « spécialisées » dans l'assistance aux plus démunis, notamment les malades (Dumons 1995). Ce rôle majeur des organisations caritatives se retrouve dans la période actuelle de la « nouvelle question sociale » et de « l'exclusion », participant à cette polarisation du débat (Rosanvallon 1998, p. 88).

La médecine a elle-même une longue histoire avec le soin des plus pauvres qui peut expliquer cette tendance à parfois substituer un gradient de santé par un seul de ses bouts, la précarité. Cette histoire est en partie liée à celle de la religion. L'hôpital est représentatif de ce lien puisqu'il a d'abord été un lieu d'accueil pour les pauvres et les malades, fortement lié à l'idée chrétienne de charité (Riva et Cesana 2013). Son origine est d'ailleurs mêlée à celle de l'avènement du christianisme et à la promulgation de l'édit de Milan au IV^e siècle, autorisant la liberté de ce culte. Ceci a en effet permis le développement d'institutions religieuses chrétiennes dont l'hôpital, lieu d'accueil à la fois pour les malades, les pauvres

et les pèlerins, conformément aux préceptes de charité évangélique. Durant le Moyen Âge, ces institutions religieuses vont en partie se séculariser en n'étant plus seulement gérées par des religieux mais aussi des médecins ou des administrateurs civils. Les hôpitaux vont ainsi développer des préoccupations de santé publique et de soins médicaux tout en restant basés sur le principe de charité et en ne soignant que les couches les plus pauvres de la société. Les populations plus favorisées se faisaient soigner à domicile, l'hôpital gardant une image péjorative liée à la pauvreté et à la mort. Cette sécularisation va ensuite se poursuivre jusqu'à nos jours, où l'hôpital va acquérir encore de nouveaux rôles, comme celui de la formation des futurs médecins ou la recherche, avec les lois Debré de 1958 et la création des Centres hospitalo-universitaires (CHU). Ce n'est vraiment qu'à ce moment-là que l'hôpital devient le lieu de soin de tous. Il devient même le lieu de l'hyper-spécialisation et de la médecine de pointe. Le lien avec les organisations religieuses n'existe plus officiellement pour les organismes publics, si ce n'est dans le nom de nombreux hôpitaux (les « Hôtel-Dieu » ou ceux portant des noms de saints par exemple). Mais on peut observer la persistance d'une tradition d'assistance inconditionnelle des malades, et notamment des plus pauvres, ne serait-ce que par la composition de la population accueillie aux urgences (Dodier et Camus 1997).

Cette idée de soins des plus pauvres par les médecins ne se retrouve bien évidemment pas qu'à l'hôpital, mais de façon plus générale dans la déontologie de la profession. On retrouve cette idée dans le serment d'Hippocrate tel qu'il est prêté actuellement avec la formule : « Je donnerai mes soins à l'indigent » (CNOM 2012b). Contrairement à une idée répandue, ceci n'apparaît pas dans la version historique du serment qui ne fait référence à un aucun devoir envers les plus pauvres. Ce serment a été régulièrement modifié au cours des différentes époques pour s'adapter aux pratiques des médecins. La version actuelle date de 1996, mise à jour par l'Ordre des médecins. L'idée même de prêter serment sur la base de règles morales est assez récente. Jusqu'au XX^e, seule la faculté de médecine de Montpellier faisait prêter serment sur un texte dérivé de celui d'Hippocrate. La généralisation date de 1947, dans les suites de la réforme de l'Ordre des médecins, lui-même créé en 1940 sous le régime de Vichy, et garant légal de la déontologie de la profession (Nye 2006). Ceci ne veut bien évidemment pas dire qu'auparavant les médecins n'avaient pas d'éthique propre, en tant qu'individus ou corporation. On peut même dire que la référence morale, notamment la pratique d'une activité désintéressée et de nature charitable, est un pilier de la construction de la profession. Elle a notamment été utilisée au cours du XIX^e siècle pour se démarquer et lutter contre la concurrence des praticiens

illégaux et des officiers de santé (Pinell 2009). Ainsi, lors d'un congrès médical en 1845, les organisateurs ajoutèrent dans leur projet d'organisation de la profession « un engagement à soigner gratuitement les plus pauvres » (Nye 2006, p. 25). Diverses revues médicales et ouvrages continuèrent de traiter de ces questions éthiques dans la pratique médicale, que ce soit sur le thème de la charité chrétienne ou de l'homme d'honneur, tout en permettant la construction d'une image commune de la profession. Le premier « Code de Déontologie » fut créé en 1936 par le syndicat majoritaire des médecins (environ 80 % des médecins en 1930), à savoir la confédération des syndicats médicaux français (CSMF). Ce texte n'avait aucune valeur juridique, mais constitue l'ancêtre du premier code officiel de l'Ordre des médecins de 1947. Ce code de déontologie fut ensuite modifié à plusieurs reprises, en 1955, 1977 et 1995, avec en particulier l'évolution majeure de la place du malade devenu patient (Nicolas 1995). La notion de soin dû à l'ensemble des personnes, sans obstacle financier, n'est cependant pas présente directement dans l'actuel code de déontologie médicale. Mais elle apparaît dans les commentaires rédigés par l'Ordre à propos de l'article 7 qui traite de la non-discrimination des patients par le médecin. Le Conseil national de l'ordre précise en effet que le médecin doit prendre en charge son patient « quelle que soit sa condition » et que, bien que la loi lui interdise d'abaisser ses honoraires au-dessous des barèmes officiels, « il reste néanmoins libre de ne pas en percevoir » (CNOM 2012a). Tout en faisant quelques références à la santé publique, la manière d'aborder ces questions restent de l'ordre de la relation inter-personnelle et la question des inégalités sociales de santé d'un point de vue populationnel n'est pas abordée.

Une question de justice sociale

La dernière explication de cette focalisation sur la précarité est un argument de justice sociale. Comme dit précédemment et sans revenir en détail, certaines théories de philosophie politique, et en particulier celle de John Rawls, considèrent qu'un moyen de parvenir à une équité dans la distribution d'une ressource est de s'intéresser d'abord au sort des plus défavorisés. Cette stratégie qu'il nomme principe de différence, se retrouve aussi dans le leximin ou le maximin. Rawls la justifie en considérant deux positions caractérisées par une distribution inégale d'un bien. Il donne comme condition d'impartialité de ne pouvoir évaluer celle des deux positions que l'on occupera, c'est la notion de « voile d'ignorance ». Pour lui, le principe de calcul est alors de s'attendre à pouvoir tomber sur la pire situation. « Il est alors rationnel d'adopter la forme de communauté où le rôle le pire que l'on puisse y avoir est cependant plus satisfaisant que les

rôles les pires qui pourraient nous échoir dans toute autre forme de communauté. Il s'agit donc de maximiser les gains minimums » (Gnassounou 2001, p. 712).

Cette position est parfois critiquée comme étant une conception « paranoïaque », dans le sens où « les individus sont supposés avoir une aversion infinie au risque », ce qui en fait des êtres irrationnels (Arnsperger et Van Parijs 2003, p. 66). De plus, nous avons déjà évoqué la difficulté que représente une transposition de ce principe dans le domaine de la santé. S'il est moral de soigner en priorité celui qui est le plus démuné, qui est le plus à plaindre parmi les malades ? On aurait bien du mal à établir une hiérarchie entre les maladies et la notion de besoin de santé est elle aussi complexe, deux éléments qui ont déjà été évoqués.

Avec ou sans volonté explicite d'appliquer cette théorie, c'est souvent une stratégie adoptée par les politiques publiques. C'est l'objet par exemple du premier des 38 buts établis en 1984 par les pays membres de la région européenne de l'OMS concernant une politique de santé commune. Il s'agit en effet de réduire d'au moins 25 % les différences sanitaires entre pays et à l'intérieur de chaque pays « grâce à une amélioration de la santé des nations et des groupes défavorisés » (Whitehead 1991). Et, je n'y reviendrai pas plus, on retrouve cette idée dans les indicateurs de suivi de plusieurs politiques nationales, notamment des Pays-Bas. La France n'est pas non plus en reste puisqu'elle a beaucoup orienté ses actions sur les populations précaires ou exclues.

CHAPITRE II

LE PRODUIT DU SYSTÈME DE SOINS

I. SANTÉ ET SYSTÈME DE SOINS

Influence du système de soins sur la santé

Nous avons vu que l'espérance de vie a presque triplé depuis la fin du XVIII^e siècle. Mais la question se pose de savoir le rôle du système de santé dans cette progression. La réponse n'est pas simple. On peut affirmer sans trop de risques que la médecine a fait d'énormes progrès depuis un siècle et que logiquement elle devrait avoir fortement participé à l'augmentation de l'espérance de vie. Cependant, dans les années 1970, plusieurs ouvrages ont lourdement remis en question ce qui semblait être une évidence. Je citerai par exemple *Némésis médicale* d'Ivan Illich (1975), qui se place dans une critique plus générale de la société industrielle et du progrès technique, et *The Role of Medicine* de Thomas McKeown (1976). Ce dernier en particulier a durablement marqué les esprits si l'on en croit le nombre de citations de ce livre retrouvées dans les articles de revues scientifiques durant la décennie qui a suivi (Alvarez-Dardet et Ruiz 1993). La thèse de McKeown peut se résumer en quelques points et s'illustrer par un graphique. Il considère en premier lieu que la chute de la mortalité entre le XIX^e siècle et les années 1970 est liée pour l'essentiel au déclin des maladies infectieuses. Il observe ensuite qu'il n'y a pourtant pas eu d'intervention médicale efficace contre ce type de maladies avant le milieu du XX^e siècle. Il en conclut donc que ce n'est pas la médecine qui est à l'origine de ce gain important d'espérance de vie. Cette démonstration est illustrée par l'exemple devenu classique de la tuberculose (voir Illustration 4). La mortalité liée à la tuberculose a diminué de moitié avant même l'identification du bacille qui en est responsable, et l'arrivée de traitements

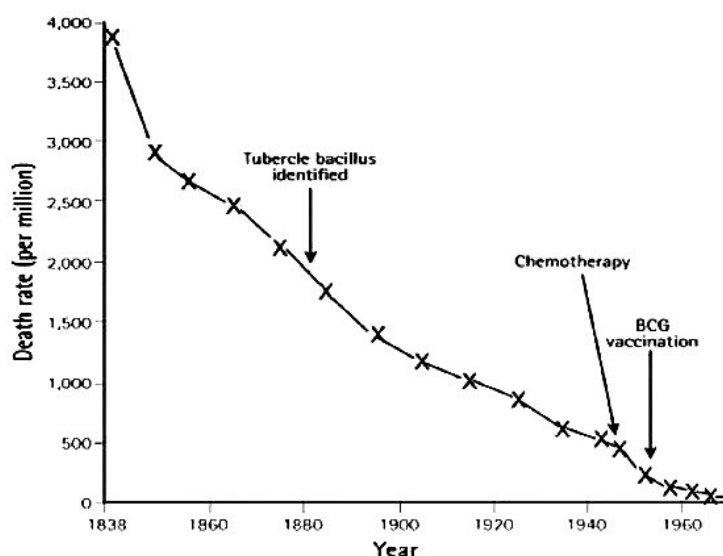


Illustration 4 : Mortalité de la tuberculose entre 1841 et 1971 en Angleterre et au Pays de Galles (Source : McKeown 1979)

antibiotiques efficaces ne date que des années 1940, participant à la diminution de la mortalité mais à une période où celle-ci a déjà bénéficié de l'essentiel du progrès constaté. Il procède ensuite par élimination pour définir l'explication de cette baisse spectaculaire de la mortalité. Après avoir exclu le rôle de la médecine et jugé peu probable un changement spontané des agents infectieux, il privilégie l'hypothèse de changements de l'environnement comme cause la plus probable. À l'intérieur même de cette catégorie, il juge que les mesures de santé publique n'ont joué qu'un rôle limité, car agissant essentiellement sur la qualité de l'eau et peu sur les maladies infectieuses véhiculées par l'air qui sont les plus fréquentes. Il met plutôt en avant l'amélioration du niveau de vie, soulignant en particulier le rôle de l'alimentation.

Cette théorie a bien évidemment été critiquée, notamment par des personnalités de la santé publique que l'on ne peut pas soupçonner de ne pas accorder d'importance aux effets sociaux sur la santé comme Johan Mackenbach (1996). Ce dernier reprend d'abord les arguments de McKeown en faisant remarquer que son raisonnement est basé sur l'élimination des autres facteurs, mais ne consiste pas vraiment en une démonstration logique de causalité. Il conteste par ailleurs l'élimination un peu rapide des effets directs de la médecine. L'amélioration apportée par les antibiotiques est mise en avant, avec une accélération notable de la chute de la mortalité, visible notamment pour la tuberculose. Et

il réfute l'idée que les traitements médicamenteux soient le seul apport de la médecine dans l'amélioration de l'état de santé de la population. Conservant l'exemple de la tuberculose il rappelle les mesures d'isolement des patients dans des sanatoriums, la recherche des sujets contacts (potentiellement contaminés ou contagieux) et les conseils diététiques. De plus, bien que les maladies infectieuses aient joué un rôle prépondérant dans la mortalité, il ne veut pas oublier d'autres domaines où la médecine a fait des progrès, notamment les maladies du système digestif (en particulier sur le plan chirurgical) et la périnatalité. Toutes ces actions ont un impact difficile à quantifier mais, à partir de données des Pays-Bas, il propose une fourchette de contribution directe de la médecine à la baisse de la mortalité avant 1970 estimée entre 4,7 et 18,5 %, avec une part pour les seuls antibiotiques entre 1,6 et 4,8 %.

Un deuxième point important est que, pour Mackenbach, la médecine a également joué un rôle de manière indirecte à travers les réformes sanitaires et les changements de comportement de la population. Bien sûr, la médecine ne peut être considérée comme seule responsable de ces avancées mais elle a contribué, à travers de nouvelles connaissances, à la justification de ces réformes. Dans le même sens, elle a également participé aux changements de comportements, en particulier l'hygiène personnelle, mais aussi le contrôle des naissances améliorant ainsi la situation des femmes et des enfants. Enfin, Mackenbach replace cette discussion dans un contexte historique, arguant que ce qui peut être vrai pour le passé (à savoir l'influence majeure des changements environnementaux sur la santé) ne l'est pas nécessairement pour le présent. Pour les patients actuels l'environnement n'est pas le même, il importe donc de « mettre à jour » les déterminants de la santé dans ce nouveau contexte, notamment la place de l'intervention médicale. En particulier, les maladies infectieuses ont une part moins importante dans la mortalité des pays développés et on a assisté à une montée en puissance des pathologies cardiovasculaires, des cancers et de ce que l'on appelle les maladies chroniques. Or des études contemporaines évaluant ces interventions montrent une certaine efficacité de la médecine sur celles-ci. C'est en particulier l'observation de cette efficacité tant sur le plan thérapeutique que préventif qui a amené le concept de mortalité évitable évoqué précédemment.

On voit à travers les derniers arguments de Mackenbach que si la médecine a une part d'efficacité non négligeable c'est notamment parce qu'elle agit sur les déterminants sociaux de la santé. Il n'est plus à démontrer en effet le rôle de l'environnement et des comportements dans le développement des maladies telles que le diabète ou le cancer.

C'est probablement en cela que ces auteurs se heurtent sur le rôle que l'on peut attribuer à la médecine. L'un, McKeown, mettant en avant le rôle déterminant de l'environnement et pensant la médecine dans son seul aspect curatif, largement prédominant à l'époque. Et l'autre, Mackenbach, ayant une vision plus extensive de la médecine, devant agir par des thérapeutiques curatives mais également (et peut être surtout pour un médecin de santé publique) par tous les moyens de prévention possibles, comportements individuels, campagnes de sensibilisation, politiques publiques, etc. La question qui reste pourrait être reformulée ainsi : si certaines améliorations en termes de conditions de vie peuvent être considérées comme des acquis, que reste-t-il à faire pour continuer à améliorer la santé ? Où est-il le plus judicieux d'investir les efforts ? Les inégalités sociales de santé peuvent être vues comme une autre manière de mettre en lumière cette interrogation. Pour diminuer les inégalités sociales de santé, la médecine a-t-elle un rôle important à jouer ou est-il plus efficace d'agir sur des déterminants sociaux par des politiques plus larges ? Quelle que soit la réponse à cette question, force est de constater que les questions de santé restent encore souvent une prérogative de la médecine.

La santé, une affaire de spécialistes

Actuellement, quand on évoque la notion de santé et plus encore celle de maladie, on pense immédiatement à la médecine et, de manière plus générale, au système de santé. Cette consécration ne va cependant pas de soi si l'on se réfère aux déterminants sociaux de la santé : le système de santé a évidemment une influence sur la santé d'une population mais ce n'est largement pas le seul élément comme nous venons de le voir. Cette place prépondérante prise par la médecine peut s'expliquer d'un point de vue historique par deux temps forts : d'abord le développement de la clinique au XIX^e siècle, puis l'essor d'une efficacité curative au cours du XX^e siècle, aboutissant à la constitution de la profession médicale comme seule compétente dans le domaine de la santé.

Par une loi datant de 1803, c'est-à-dire au lendemain de la révolution française, l'État organise les conditions de formation et d'exercice de la profession médicale en s'appuyant sur des écoles publiques de médecine (futurs universités) et sur l'hôpital en tant que lieu de soin mais aussi de production de la science et de formation. La période révolutionnaire a en effet été un moment fort de restructuration, notamment avec la suppression des

institutions médicales de l'Ancien régime et la rupture avec l'Église, ceci appelant une (re)construction de la profession et de ses liens avec l'État. Ces changements ont abouti à la réglementation des métiers de la santé. Durant l'Ancien Régime, la formation des médecins est très hétérogène de même que leurs pratiques. De plus de nombreuses autres personnes apportent leurs soins aux malades sans que cela ne soit nécessairement considéré comme illégitime : rebouteux, sorciers, guérisseurs, mais aussi herboristes ou apothicaires pratiquant directement des diagnostics, ou encore les diverses congrégations religieuses. La définition des médecins par leur formation dans des écoles publiques autorisées par l'État leur a donc permis de lutter contre ce qu'ils appellent le charlatanisme, c'est-à-dire une forme d'exercice illégal de la médecine. La loi de 1803 autorise à exercer tous les anciens praticiens reçus par la faculté avant la Révolution (médecins et chirurgiens). Rapidement, ceux-ci vont être minoritaires puis disparaître dans les années 1850, car non renouvelés, laissant la place à deux statuts de médecins créés par cette même loi : les docteurs et les officiers de santé (Gadéa et Grelon 2010).

Ces deux métiers vont voir leur population augmenter jusque dans les années 1830 mais les seconds vont ensuite décliner après avoir été autant voire plus nombreux que les docteurs. La création du corps de métier des officiers de santé puis son maintien peut s'expliquer par le faible nombre de docteurs en médecine au début du XIX^e siècle, particulièrement en milieu rural. Ces officiers ont une formation plus courte que les docteurs, ce qui rend leur statut subalterne. Leurs actions dans le soin des malades sont limitées, notamment d'un point de vue légal avec des actes interdits comme la chirurgie, et ils n'ont le droit d'exercer que dans le département où ils ont acquis leur titre. Ils s'occupent de populations qui ne peuvent avoir accès aux docteurs en médecine pour des raisons géographiques dans les régions rurales ou financières pour les plus pauvres. Un intérêt de l'existence de ces officiers pour les docteurs est alors qu'ils orientent vers eux des populations non acquises pour des actes que les officiers de santé ne sont pas aptes ou pas en droit de réaliser. Les docteurs exerçant en libéral ont cependant milité pendant tout le XIX^e siècle pour faire disparaître ce métier concurrent, avançant plusieurs arguments. Tout d'abord la formation d'officier de santé est jugée de mauvaise qualité, ce qui leur vaut d'être moins estimé par les docteurs qui leur reprochent autant leurs manières que leurs compétences médicales. Ils sont également accusés de tirer vers le bas les honoraires des médecins en proposant des services à moindre coût. Pour Patrice Pinell, le discours des médecins est bien plus virulent à l'égard de ces officiers de santé, jugés comme des concurrents sous-qualifiés, que vis-à-vis des praticiens illégaux et autres charlatans. Il

explique ce phénomène par l'importance de construire une image noble de la médecine, vue comme une élite. « Tout se passe comme si la protection (des revenus et de l'image) du groupe par la limitation de la concurrence interne prévalait largement sur l'idée d'une médecine libérale couvrant les besoins de la population » (Pinell 2009, p. 328). Ces demandes aboutiront dans une loi de 1892 à la suppression du statut d'officier de santé, laissant les seuls docteurs en médecine autorisés à prodiguer des soins.

Au cours de ce XIX^e siècle, la médecine s'est organisée en trois champs : clinique, social et les sciences accessoires (Pinell 2009). La médecine clinique est le champ le plus prestigieux, à travers la production de connaissances scientifiques (développement de l'anatomie pathologique) et du diagnostic. C'est le lieu de l'autorité médicale et le champ de l'élite, auquel on accède par la voie universitaire du concours de l'internat qui crée une véritable hiérarchie de la profession. Cette gradation s'entend à la fois d'un point de vue symbolique mais aussi financier avec l'accès aux positions les plus lucratives. La position de clinicien est en lien direct avec l'université et l'hôpital, institutions centrales dont les plus hauts personnages font aussi partie des dirigeants. La médecine obtient ainsi une certaine autonomie sur sa pratique, garantie par l'État. Les deux autres champs sont plus en lien avec des institutions extérieures, non médicales, mais ne bénéficient pas de l'influence de la première. La médecine sociale, avec le courant important de l'hygiénisme, fait travailler en collaboration des médecins et d'autres professionnels dans le but de répondre à une demande publique précise. Mais ce sont les pouvoirs publics qui décideront en dernier lieu de l'application ou non des recommandations hygiénistes, limitant d'autant l'autonomie de ce champ. Cette activité, importante du point de vue de la santé publique, reste cependant moins prestigieuse que la médecine clinique. Des chaires existent mais sont souvent un tremplin temporaire avant d'accéder à une chaire de médecine clinique. De plus, l'activité publique ne permet pas l'enrichissement et la position sociale avantageuse qu'apporte le développement d'une clientèle fortunée et influente dans le cadre d'une activité libérale. Enfin, les sciences accessoires ont joué un rôle de plus en plus important dans la médecine, avec en particulier le développement de la microbiologie à la fin du XIX^e siècle. Mais, elles restent dans un rapport de non-concurrence avec la médecine clinique, car le parcours pour y accéder est différent, appuyé sur d'autres institutions prestigieuses. L'application de ces sciences dans la pratique médicale passe cependant par l'approbation des médecins. Au final, c'est donc le champ de la médecine clinique, composé exclusivement de médecins et contrôlé par des médecins, qui va bénéficier du pouvoir le plus important sur le domaine de la santé. Il est « l'espace de

production le plus autonome des “biens de santé” à la fois parce que la caractérisation qui y est faite des maladies est proprement médicale (elle n’emprunte à aucun autre domaine de savoir) et parce que l’État, reconnaissant cette caractérisation comme la seule légitime, a octroyé aux médecins le monopole des pratiques médicales légitimes » (*Ibid.*, p. 342-343).

L’autre temps fort du monopole de la santé par la médecine se situe au cours du XX^e siècle avec l’apparition d’une médecine curative efficace. Ce point est considéré comme particulièrement important par Eliot Freidson dans son ouvrage sur la profession médicale. Il considère en effet qu’un « monopole digne de ce nom n’a pas de chance d’exister tant que ce travail ne fait pas intervenir une technique pratique et sûre » (Freidson 1970, p. 31). Or la médecine est une profession consultante, c’est-à-dire tributaire de la confiance de son public, et lié à la résolution des « problèmes pratiques qu’on vient lui soumettre ». C’est donc par la conjonction d’un monopole dans sa formation et l’organisation des soins assortie de son efficacité nouvelle que la médecine va réellement être la seule habilité à traiter les questions de santé. Le modèle curatif va prendre le pas sur le modèle hygiéniste. L’État, en ayant permis et en partie organisé ce monopole, s’est dessaisi des questions relatives à la santé. Elles sont devenues une question d’experts et non plus une question politique.

Si la médecine elle-même n’est plus une question politique, l’accès aux soins s’est politisé avec les tentatives de mutualisations et d’assurances pour contre-balancer le pouvoir des médecins. Mais d’une certaine manière, cette dépolitisation s’est concrétisée dans la seconde partie du XX^e siècle avec le choix de gouvernance de l’assurance maladie fait en 1945. Les partenaires sociaux sont chargés de la gestion de ce risque, alors que l’État n’a originellement qu’un rôle de tutelle. En plus de ces partenaires sociaux, la France reste caractérisée par la forte influence du groupe professionnel des médecins. Celui-ci, malgré ses divisions, reste un contre-pouvoir fort, qui s’est construit sur une idéologie du modèle libéral et une vision individuelle du rapport au patient. « En 1945 une division du travail stricte entre la profession médicale et l’État a été instaurée : l’assurance maladie finance, les médecins décident de l’affectation des ressources » (Buton et Pierru 2012, p. 53). La santé reste ainsi une question technique à la fois du point de vue de la science, où la médecine est seule compétente, que de son organisation, pour laquelle les administrations ont plus de poids que les politiques. En pratique cela se traduit par une quasi-absence des questions de santé dans les programmes des différents partis politiques, où seuls quelques spécialistes sont compétents pour traiter ces questions, et une remarquable stabilité malgré

les alternances politiques. Les discours politiques n'affichent que de grands principes consensuels et restent en pratique focalisés sur le financement du système sans le remettre en question. Cette attitude est renforcée par le fait que la temporalité politique, avec une visée à court terme, n'est que peu compatible avec une temporalité sanitaire qui ne laisse prévoir que des bénéfices diffus à moyen ou long terme. Quelques évolutions du système de santé ont cependant eu lieu, sans remettre en cause les principes généraux, le plus souvent dans des contextes de crise, les politiques usant alors de leur pouvoir sous une forme « autoritaire ».

La donne a cependant évolué à partir des années 1980 avec l'apparition d'une crise économique durable qui continue à faire vaciller le modèle économique actuel. « L'État, à la faveur de l'inscription de la maîtrise des dépenses de santé sur le haut de l'agenda gouvernemental et de la succession des crises et scandales de santé publique, a réinvesti ses fonctions régaliennes en la matière. Pour autant, la santé ne parvient toujours pas à trouver sa place dans les dynamiques complexes de structuration de l'offre politique dans le champ politique national comme, *a fortiori*, dans les champs politiques locaux, alors même que le débat public s'est considérablement développé depuis les années 1980 » (*Ibid.*, p. 52). Cette « étatisation de la santé » est passée par une technocratisation des instances dirigeantes sans réellement aboutir à un véritable débat politique autre que sur l'aspect financier. Pour les auteurs, « les deux principaux acteurs de la politique de protection maladie sont le ministère des finances d'une part, porteur d'une logique budgétaire (enveloppes), et la profession médicale d'autre part qui, bien que divisée, a conservé, en faisant quelques concessions, sa position dominante dans le secteur » (*Ibid.*, p. 56). La médecine a ainsi accaparé tout ce qui a rapport à la santé dans une vision très individuelle du rapport avec les patients, empêchant peut-être une vision politique plus globale de la gestion de la santé, passant par le social (Drulhe 2000, p. 47-48).

2. INÉGALITÉS ET SYSTÈME DE SOIN

Il semble admis que la part d'influence sur la santé, et donc les inégalités de santé, se situe en dehors du système de soins. Dans un rapport de mai 2011, L'IGAS évoque le chiffre de 20 % pour quantifier l'importance de l'accès au système de soins et de la prise en charge des pathologies dans les inégalités sociales de santé, pourcentage avancé par plusieurs interlocuteurs de la mission sans que l'on ne connaisse précisément l'origine de cette donnée, et donc sa fiabilité (Moleux, Schaetzel et Scotton 2011, p. 3). Pour autant, personne ne nie non plus que le système de santé a une influence, positive ou négative, sur les inégalités sociales de santé. Deux temps peuvent être décrits dans ce lien : l'accès au système de santé et son fonctionnement. Cependant, avant de discuter de l'accès proprement dit au médecin, il est nécessaire d'observer quelles sont les représentations des individus concernant la santé et la maladie. En effet avant de faire le premier pas vers un médecin, il faut déjà se sentir malade et considérer que le médecin a un rôle à jouer. Ce sera aussi l'occasion d'étudier, en miroir, les représentations des médecins concernant leurs patients.

Représentations de la santé et rapport au système de soins

Les représentations qu'ont les patients comme les médecins jouent à différents niveaux dans les inégalités sociales de santé. Pour le patient, il s'agit d'abord de la manière dont on ressent des symptômes et dont on les explique. Cela conditionne ensuite le fait d'aller ou non consulter un professionnel. De part et d'autre, ces représentations ont un rôle dans le rapport entre médecin et patient au cours d'une consultation. Nous aborderons ultérieurement cette question de la relation médecin-patient, mais nous allons dès à présent décrire ces représentations indépendamment l'une de l'autre.

Représentations de la santé et catégories sociales

La santé, les symptômes ou les maladies ont aussi leurs représentations sociales pour les individus qui y sont confrontés, et celles-ci sont culturellement différenciées. Cette

affirmation semble actuellement évidente tant des travaux des sciences sociales ont porté sur ces représentations, que ce soit dans des contrées lointaines ou proches de nous.

Une étude classique en ce sens est celle de Mark Zborowski (1952) qui relata, dans les années 1950, différentes réactions et explications de la douleur selon l'origine culturelle des personnes. Il étudia ainsi la perception de la douleur dans quatre groupes de patients d'origine juive, italienne, irlandaise et des résidents américains plus anciens. Les résultats montrèrent qu'il existait des différences en termes de seuil de douleur, les Juifs et les Italiens ayant un seuil plus bas, mais aussi des différences en termes d'explication puisque ces deux derniers n'en donnaient pas les mêmes significations. Dans cette même lignée, Irving Zola publia en 1966 une étude analysant les plaintes de malades de cultures différentes dans les consultations externes d'un hôpital de Boston (Zola 1966). En prenant comme étalon le diagnostic médical, l'auteur étudie le ressenti des malades en les interrogeant sur leurs symptômes. Parmi ces derniers, deux groupes sont constitués : des Italiens et des Irlandais. Il apparaît que, pour un même diagnostic, les symptômes ressentis par les patients peuvent être très variables. Ainsi, en comparaison des Irlandais, les Italiens parlent plus facilement et présentent des symptômes plus fréquemment diffus et multiples et souvent plus douloureux. L'auteur considère que ce comportement dans la maladie est « cohérent avec [leur] vision du monde », et même « contribue à la perpétuer ». Plus qu'une simple différence de ressenti, il s'agit donc d'aborder deux mondes différents.

Si l'on revient plus directement à notre sujet, on peut en effet observer des représentations différentes selon les catégories sociales, qui induisent nécessairement des comportements différents vis-à-vis de la maladie et du système de santé. Luc Boltanski développe cette thèse en s'appuyant sur les théories de Pierre Bourdieu de l'habitus de classe, et en développant la notion d'« habitus physique » comme une des dimensions de la précédente. « Tout se passe, en effet, comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une "sélection" ou d'une "attribution" différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent » (Boltanski 1971, p. 211). Le vocabulaire spécifique de la médecine, la « taxinomie morbide », est l'objet d'un apprentissage et son degré d'acquisition varie avec le niveau d'éducation, il dépend de la distance sociale entre le malade et le médecin. Les classes aisées bénéficient donc d'une plus grande facilité de communication concernant les symptômes ressentis. Plus qu'un simple moyen de s'exprimer et de communiquer ses

symptômes, ce langage « constitue [aussi] l'expérience que les sujets sociaux ont de la maladie » (*Ibid.*, p. 212). Le langage n'est pas qu'un simple outil de communication permettant de décrire le monde, il participe de la construction de ce monde par les concepts qu'il véhicule. D'une certaine manière on ressent mieux ce que l'on a appris à nommer. Ainsi, cette compétence médicale des individus influe sur leurs besoins en termes de santé et de médecine, en ce sens qu'elle peut faire varier les sensations identifiées par leur nombre et leur qualité.

Ces compétences médicales sont à appréhender dans le cadre plus général de l'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps, ce que l'auteur nomme un « code des bonnes manières d'être avec son corps, profondément intériorisé et commun à tous les membres d'un groupe social déterminé » (*Ibid.*, p. 217) et qu'il traduit par le terme de « culture somatique ». Il prend pour exemple la sexualité, pour laquelle les classes supérieures usent d'un langage métaphorique ou savant permettant la transmission d'une certaine éducation sexuelle aux plus jeunes, alors que dans les classes populaires la distance entre discours éducatif et discours obscène est difficile à mettre en évidence, gênant cette transmission. Un point important de cette culture somatique est lié à l'utilisation du corps chez les travailleurs manuels. Chez ces derniers, le corps comporte une fonction professionnelle et il se doit d'être nécessairement fort. On peut rapprocher de cela l'aspect fonctionnel de l'alimentation dans les milieux populaires, devant elle-aussi maintenir l'individu en forme, être nourrissante et riche. La maladie, au contraire, est ressentie comme une « faiblesse », qui interdit de « vivre normalement ». Les individus ayant cette image tiennent moins compte des dysfonctionnements ressentis pour ne pas paraître faibles. La survenue de la maladie devient souvent brutale et le recours au médecin retardé. À l'inverse, dans les catégories supérieures, la maladie s'inscrit dans un temps plus long et cette attitude est propice à une approche préventive de la santé. L'usage du corps y est également différent et favorise un rapport conscient à celui-ci. La beauté remplace alors la fonctionnalité. Luc Boltanski remarque ainsi qu'une telle image du corps, tenue pour efféminée par les classes populaires se rapproche effectivement de la vision qu'en ont les femmes de cette catégorie sociale. On retrouve ici un rapprochement, fait précédemment pour les résultats de santé, entre les femmes et les catégories supérieures.

D'autres études confortent cette observation d'un moindre niveau d'information des travailleurs manuels en comparaisons des « cols-blancs », dont celle de Rosenblatt et Suchman (1964). Alors que Luc Boltanski ne fait que l'observation d'une moindre consommation de soin par les classes populaires confortant ses hypothèses, cette dernière

étude avance l'idée que les travailleurs manuels accordent une moindre confiance au système de soin. Mais les catégories sociales des années 1970 ne sont pas celles d'aujourd'hui. La place centrale qu'occupent le travail manuel et l'usage du corps au niveau professionnel pose question quant à l'évolution dans la société actuelle, marquée par une diminution importante du secteur industriel et la transformation de la catégorie des ouvriers. Déjà Luc Boltanski fait la remarque de cette tendance et observe une diffusion du modèle des classes supérieures chez un nombre de plus en plus grand d'individus, notamment dans les classes moyennes.

Pour autant, si les frontières des catégories sociales ont évolué, il est logique de penser qu'il persiste des différences de représentations du corps, de la santé et de la maladie entre les différents groupes. L'apparition des nouvelles catégories des « précaires » et des « exclus » a donné l'occasion à des chercheurs de s'intéresser aux représentations de ces catégories de la population, notamment les « grands précaires » que sont les sans-domicile fixe, délaissant peut-être trop le champ plus large des « classes populaires » et surtout l'étude comparative avec les autres classes sociales. Certaines études confortent des notions précédemment abordées comme les moindres connaissances médicales et la moindre capacité à exprimer et définir des symptômes dans les catégories précaires (Desprès 2012). D'autres représentations et comportements semblent par contre plus spécifiques des changements décrits avec l'apparition de la notion de précarité.

La précarité conduit à une certaine forme d'« organisation cognitive » liée au cumul des multiples problèmes de la vie quotidienne. De même que les difficultés financières entraînent une impossibilité de planifier les dépenses, « l'univers psychique est submergé par les problèmes immédiats à résoudre, ce qui retentit sur les capacités à anticiper » (*Ibid.*, p. 124). Cette situation, associée au manque de temps, oblige les personnes à hiérarchiser les différents besoins, et la santé n'est pas nécessairement vue comme un élément prioritaire dans une logique de court terme rappelant les propos de Boltanski. La façon propre de gérer la maladie et le recours au médecin dans le milieu familial peut ensuite être l'objet d'un héritage aux générations suivantes qui reproduisent des comportements réalisés dans l'enfance.

Dans une étude qualitative sur le renoncement aux soins, Caroline Desprès retrouve également chez les populations précaires la notion, décrite par Boltanski, d'évitement de l'identité de malade, vue comme une faiblesse (Desprès 2012). Elle explique cela par le fait que l'identité sociale de notre société est largement construite autour du travail. Déjà,

dans un ouvrage devenu classique, Talcott Parsons (1951) présentait la maladie comme une « déviance » sociale, même s'il considérait pour sa part que le malade ne devait pas en être tenu pour responsable. Le malade est défini par le fait qu'il ne peut assumer ses fonctions habituelles, à la fois domestiques et professionnelles. L'aspect du travail est particulièrement mis en avant par les hommes interrogés dans l'étude de Caroline Desprès, mais certains entretiens ont mis en évidence le même phénomène chez des femmes avec les responsabilités familiales. Les personnes précaires, pour échapper à cette déviance, repoussent la consultation médicale « en dernière extrémité, plutôt en cas d'accidents (fractures, luxations) que de maladies » (Desprès 2012, p. 132), aboutissant parfois à des retards de diagnostics et des prises en charge à des stades plus avancés des maladies. Cela peut aller jusqu'à des formes de déni de la maladie ou de certains symptômes. Ainsi, de même que la sensibilité à la douleur est décrite comme diminuée parmi les personnes utilisant leur corps comme outil de travail, Caroline Desprès relate des positions similaires de tolérance aux anomalies somatiques ressenties, douleur comprise. Elle décrit ces attitudes comme une « philosophie du renoncement », une forme de fatalisme.

Un autre point important prolonge cette idée de déviance et influence les représentations du corps, lié à l'apparition d'une précarité se prolongeant dans le temps. Il s'agit de la notion de « disqualification sociale » développée par Serge Paugam, mettant en avant la trajectoire des individus à travers leur rapport avec le lien social. Il décrit ainsi une progression partant d'une fragilité sociale, et pouvant continuer vers une dépendance, voire une rupture avec l'aide sociale (Paugam et Duvoux 2008). Ce processus général est bien évidemment à individualiser, d'où la notion de carrière des personnes précaires. L'évolution positive ou négative dépend notamment des ressources propres de chacun. Cette disqualification peut s'entendre du point de vue économique avec la perte d'un emploi et donc d'une utilité sociale, mais aussi du point de vue des relations sociales. « La précarisation s'accompagne en effet d'une dégradation statutaire, liée à l'absence de reconnaissance par l'emploi ou la fonction familiale, mais également liée au bénéfice de l'aide sociale. Refoulés hors de la sphère productive et ne pouvant bénéficier de l'appui de leurs "proches", les individus en situation de précarité se voient contraints de recourir à l'assistance. Or celle-ci confère aux "assistés" un statut social dévalorisé : elle concrétise la dépendance et donc l'infériorité sociale, et renforce par là même leur discrédit. Le stigmatisme qui pèse sur eux altère leur identité et marque l'ensemble de leurs relations avec autrui » (Parizot 1998, p. 35). Le lien avec la santé est alors à double sens, une maladie peut

déséquilibrer une situation sociale déjà instable, mais le corps peut aussi devenir un des éléments dévalorisés par la personne. La perte du souci de soi, notamment dans sa composante somatique, peut apparaître dans le cadre d'un « effondrement narcissique » (Lecarpentier et Lhuilier 2012). Dans cette optique, plus que dans celui d'échapper à la maladie comme une déviance, Isabelle Parizot nous rapporte l'observation, chez les sans domiciles fixes ou les toxicomanes, de seuils élevés de tolérance à la douleur et au désordre physique.

On peut également se demander si cette disqualification sociale entraînée par la perte durable d'un emploi n'a pas, en plus de modifier les représentations du corps, inversé la hiérarchie entre certains statuts sociaux. Il est possible d'imaginer que le statut de malade, lui-même dévalorisé par rapport à celui de travailleur bien portant, le soit cependant moins que celui de chômeur de longue durée, incitant un individu à « choisir » le statut de malade plutôt que celui d'assisté (Parizot 1998). Dans ce cas, la maladie peut ainsi être vue comme un refuge permettant d'échapper au pire. Ce n'est plus une « déviance » au sens de Parsons mais au contraire une forme de socialisation, que l'on peut rapprocher d'une représentation profane de la maladie vue comme « libératrice » (Herzlich 1992).

La notion de disqualification sociale peut également se retrouver et être renforcée par le rapport aux institutions, notamment médicales et médico-sociales. Les structures d'accueil pour les plus démunis, comme les PASS ou les lieux de soins associatifs, sont des centres de soins spécifiques à ces populations. Les autres, ceux qui ne sont pas exclus ne s'y font pas soigner. Fréquenter ces lieux peut donc contribuer à renforcer l'impression d'appartenance à une catégorie sociale dévalorisée, d'être « à part » (Parizot 1998). Les rapports à ces institutions sont souvent ambivalents. Elles sont une nécessité pour accéder aux droits et aux soins, et parfois un des rares lieux d'écoute disponible. Mais elles sont aussi un lieu où les personnes précaires doivent produire en permanence des récits de vie intimes, avec souvent la nécessité de prouver leurs dires par des justificatifs, les renvoyant aussi à leur statut dégradé. Les individus les plus démunis sont ainsi soumis à des rapports de domination dans le cadre des institutions, à des violences symboliques (Desprès 2012). De même, posséder des droits spécifiques dans le système de soins de droits courants, comme la CMU-C, peut amener au même genre de stigmatisation. Ce peut être tout à la fois être bénéfique en termes d'accessibilité financières, mais aussi conduire des individus à être dans une situation d'assisté, accentuant l'asymétrie de la relation avec le médecin et conduisant parfois à être moins revendicatifs du fait de la perte du statut de « client »

payeur pour celui d'assisté. Ces situations renvoient alors à la relation directe que peuvent avoir un individu et un médecin dans le cadre d'une consultation.

Représentation des patients par les médecins

Comme nous venons de le voir, les représentations des patients concernant la santé, la maladie et le système de soins varient selon leurs appartenances culturelles et sociales. Bien évidemment, les médecins ont aussi leurs propres représentations de la santé et leurs propres représentations des patients, celles-ci pouvant varier en fonction des catégories sociales de ces derniers. Il existe cependant moins de travaux en ce sens, peut-être parce que les médecins se sont longtemps plus intéressés aux maladies qu'à leurs malades. Il était alors considéré qu'il n'y avait pas de raison qu'ils traitent (dans tous les sens du terme) différemment les uns et les autres. La réforme de la CMU-C et les discussions autour des refus de soins de certains médecins, dont nous discuterons plus tard, ont cependant entraîné la constitution de quelques études visant à comprendre ce phénomène, notamment en décrivant les représentations concernant les bénéficiaires de ce dispositif. Plusieurs types de représentations de médecins et dentistes libéraux sont ainsi décrits dans une étude menée en 2005 dans le Val-de-Marne à la demande du Fonds CMU (Desprès et Naiditch 2006).

Les résultats montrent que les représentations des médecins dépendent fortement de l'importance de la part de ces bénéficiaires dans leur patientèle, et donc de leur lieu et mode d'exercice⁸. Pour certains, il s'agit d'une non-représentation, si l'on peut dire. Ils ont du mal à produire une distinction avec le reste de leur patientèle et les considèrent comme des « patients comme les autres ». Ce profil est plus répandu parmi les médecins généralistes de secteur 1, particulièrement ceux installés dans des quartiers défavorisés ou intermédiaires, qui ont donc une part importante de bénéficiaires de la CMU-C parmi leurs patients. À l'inverse, les médecins exerçant dans des villes ou des quartiers plus aisés rencontrent moins fréquemment ce type d'ayant-droits, et ont une représentation décalée du reste de leurs patients. Ils ont souvent une pratique spécialisée de la médecine et exercent en secteur 2.

8 Les médecins peuvent exercer dans différents secteurs d'activité en fonction de leur spécialité et de leurs qualifications. Ceux en « secteur 1 » ne peuvent pratiquer que les tarifs fixés dans le cadre de la convention avec l'assurance maladie, alors que ceux en « secteur 2 » sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, « avec tact et mesure », dont le montant n'est pas remboursé au patient par l'assurance maladie obligatoire (il peut l'être par certaines complémentaires).

Un premier type de représentation concerne la légitimité des bénéficiaires de la CMU-C à posséder ce droit. En particulier, ils considèrent que certains patients « trichent », ne déclarent pas leurs revenus réels afin de bénéficier de la CMU-C et de ses avantages de manière illégitime. Les auteurs donnent une explication possible dans le fait que les patients ayant la CMU-C et consultant des médecins spécialistes ou en secteur 2 sont souvent des patients dont les conditions sociales se sont dégradées mais qui avaient un niveau de vie plus élevé auparavant. Ceci pourrait expliquer les reproches de certains médecins jugeant ces patients « mieux habillés qu'eux, avec des bijoux... En fait il est attendu que les bénéficiaires portent en eux et sur eux les stigmates de leur condition sociale » (*Ibid.*, p. 62). Il existe ainsi un décalage entre les personnes qu'ils ont en face d'eux et l'image d'Épinal qu'ils s'en font, c'est-à-dire de personnes dans la misère, voire la grande précarité. Parmi ces mêmes médecins, certains continuent à recevoir des patients qu'ils suivaient de longue date et qui bénéficient actuellement de la CMU-C suite à des difficultés financières. Pour ces patients, dont ils connaissent le parcours de vie, ils ne doutent pas de leur légitimité à bénéficier de cet avantage, sans pour autant remettre en cause l'image qu'ils affectent aux autres. Ainsi, ces représentations négatives sont souvent le reflet d'une distance sociale qui empêche une connaissance réelle de cette population et fait le lit de préjugés.

Certains médecins rapportent des comportements récurrents parmi les bénéficiaires de la CMU-C et justifient ainsi de ne pas ou plus les recevoir. Il s'agit le plus souvent de reproches concernant la ponctualité ou des rendez-vous non-honorés sans prévenir, ainsi que sur des exigences abusives résumées par l'expression « tout leur est dû », citée dans une analyse ultérieure de l'étude (Desprès 2010). Pour ces médecins, ces comportements trouvent leur explication dans la gratuité des soins, qui aurait pour conséquence de déresponsabiliser les personnes, et dans leur statut d'assisté, qui aurait pour effet de les rendre plus « fainéants ».

Un autre élément de l'enquête était de savoir si les médecins considéraient que les bénéficiaires de la CMU-C ont des besoins médicaux spécifiques ou plus importants du fait de leur condition sociale. Là encore, les réponses à cette question sont variables. Certains, en particulier dans le cadre de la médecine générale, ne considèrent pas qu'il existe de spécificité clinique. Mais, par exemple, certains dentistes considèrent que les bénéficiaires de la CMU-C ont globalement un moins bon état bucco-dentaire du fait de leur manque de moyens pour réaliser des soins, notamment prothétiques. L'exemple de deux psychiatres est éclairant sur cette question du lien entre lourdeur sociale et lourdeur

clinique. La première, installée en secteur 2, considère que les bénéficiaires de la CMU-C demandent trop de travail du fait de leurs nombreuses difficultés sociales et ne reçoit que très peu de personnes dans ce cas. Elle préfère voir ce type de patients à l'hôpital où elle exerce aussi. Une autre, travaillant quant à elle en secteur 1 dans une ville plutôt défavorisée, considère que le surcroît de travail n'est pas lié à la CMU-C mais plutôt à la lourdeur des pathologies qu'elle a choisies de traiter et qui ont des conséquences sur la vie sociale de ses patients. Pour elle, ce sont donc les problèmes de santé qui influent sur le statut social des patients. On retrouve dans ces descriptions, celles des inégalités sociales de santé et de leurs explications.

Accès aux soins et non-recours

Il faut distinguer un accès théorique (le droit) et un accès formel aux soins. En France, il existe théoriquement un accès quasi général aux soins médicaux, renforcé depuis la réforme de la couverture maladie universelle (CMU). Mais on sait que l'utilisation de ce système et les trajectoires des patients varient selon le statut social ou le niveau d'études. Il existe donc une différence entre le droit et l'utilisation de ce droit. Ces phénomènes sont habituellement qualifiés de « non-recours ». Cette appellation provient à l'origine de la recherche d'évaluation de mesures ciblées sur des populations, en mesurant le différentiel entre la population éligible et la population bénéficiant effectivement de ce droit. Le non-recours fait alors référence aux personnes éligibles à une prestation sociale qui ne la perçoivent pas en pratique. Mais cette définition est quelque peu restrictive dans le sens où elle se limite à des prestations qui sont le plus souvent financières, avec un droit précisant les critères d'éligibilité. Pour Philippe Warin, cette définition doit être élargie à d'autres domaines et, de plus, ne doit pas concerner seulement les cas où l'on peut définir précisément une population éligible. Il en propose ainsi une nouvelle : « le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre » (Warin 2010). Ainsi, nous verrons dans un premier temps ce qui concerne le droit et l'accès à ces droits, pour élargir ensuite la question vers un usage plus général du système de santé.

La couverture du risque maladie

L'accès aux soins a longtemps été pensé comme le levier principal permettant d'agir sur les inégalités sociales de santé : si certaines catégories de personnes sont en moins bonne santé, c'est qu'elles n'ont pas consulté de médecin, ou trop tard. Cette logique, qui présente le système de santé et la médecine comme ayant une place centrale dans l'état de santé d'une population, s'est traduite par une évolution légale de l'accès aux soins. Dans l'après Seconde Guerre mondiale, l'assurance maladie a été constituée dans le but de généraliser à l'ensemble de la population les systèmes de mutuelles qui prévalaient jusqu'alors. Le principe est de rembourser une partie des frais avancés par les patients, l'autre partie (le ticket modérateur) étant laissée à la charge du patient qui peut faire appel à une mutuelle privée, selon un modèle de marché. Ce ticket modérateur avait dès le départ pour but de « "modérer" la consommation médicale et éviter les gaspillages que la gratuité était susceptible de provoquer » (Tabuteau 2013, p. 141). Le système public est financé par des cotisations sur le travail, permettant l'ouverture de droits à ceux qui cotisent et à leurs ayants-droits. Historiquement, il n'existe pas en France un seul régime d'assurance maladie mais plusieurs selon le domaine d'emploi considéré (travailleurs salariés, agriculteurs, indépendants, etc.), bien que cette unicité ait été l'objectif initial de la création de l'Assurance maladie.

Le fait que l'obtention des droits soit conditionnée à l'activité professionnelle peut poser problème, d'autant plus en période de crise de l'emploi. Tout citoyen n'a pas accès de plein droit à une couverture maladie comme dans le système beveridgien du Royaume-Uni ou de la Suède, où le système de santé est universel, basé sur la résidence, et financé par l'État comme un service public. Certaines personnes, souvent les plus pauvres, se retrouvent ainsi sans couverture du risque maladie. Des extensions du système de sécurité sociale ont été effectuées à plusieurs reprises, dans le but de pallier ce problème (Carcenac et Liouville 2001). D'abord ce fût l'assurance volontaire spécifique créée en 1967 pour les personnes sans activité professionnelle ou dont l'activité ne suffit pas à ouvrir des droits, puis le régime de l'assurance personnelle en 1978 avec des modalités d'affiliation plus larges. Pour les plus démunis, des systèmes d'aide médicale existent depuis le XIX^e siècle pour compléter les assurances de base. Une dernière réforme importante a eu lieu en 1992, accompagnant la réforme du revenu minimum d'insertion (RMI). Cette aide dépendait en grande partie des départements, et un peu de l'État pour quelques cas particuliers, ce qui

a conduit à des inégalités géographiques. L'aide était partielle ou totale et les critères variaient d'un département à l'autre (hormis les cas d'admission de plein droit prévus par la loi). Toutes ces initiatives ont été critiquées à de multiples niveaux, notamment pour un accès qui restait incomplet et fermé à diverses populations, des dispositifs réglementaires complexes et la lourdeur des démarches qui semblait peu adaptée aux personnes en difficulté sociale (Haut comité de la santé publique 1998).

Un second problème est ce qu'on appelle le « reste à charge », c'est-à-dire la part financière laissée à la charge du patient après remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Ce coût peut limiter ou retarder l'accès aux soins des plus pauvres même s'ils ont une couverture de base. Il a largement augmenté depuis les années 1980. En partie car la dépense totale de soins et de biens médicaux a été en forte hausse, mais aussi sous l'impulsion de réformes visant à « rationaliser » les coûts et diminuer les dépenses de l'assurance maladie : déremboursements de biens médicaux, franchises, hausse du forfait hospitalier. Ainsi, entre 1980 et 2008, le reste à charge a plus que doublé, passant de 217 € à 547 € par personne et par an à prix relatifs (Perronnin, Pierre et Rochereau 2011). En 1980, le régime obligatoire remboursait 80 % des dépenses de soins et biens médicaux, contre 76,7 % en 2011. Ce pourcentage varie selon qu'il s'agit de dépenses ambulatoires (63,9 %) ou hospitalières qui sont mieux remboursées (91,5 %) (Franc et Pierre 2013). Cette question du reste à charge est donc particulièrement présente pour les soins de ville, et plus encore pour ce que Didier Tabuteau appelle les « soins courants » (Tabuteau 2013), c'est-à-dire les soins hors hospitalisations et hors affections de longue durée (ALD). Un certain nombre de pathologies sont en effet considérées comme suffisamment graves et durables pour être remboursées entièrement par l'assurance maladie de base. La stratégie de l'assurance maladie est donc de se focaliser sur les maladies graves, les plus coûteuses, et de délaissier les soins courants. Si ces derniers ne correspondent qu'à 20 % des dépenses, ils concernent par contre plus des trois quarts de la population et sont donc les plus apparents pour la majorité des assurés. Pour la plupart des gens, le remboursement par l'assurance maladie ne représente que la moitié de leurs dépenses en santé. Par ailleurs tous les types de soins ou biens médicaux ne sont pas remboursés de la même manière. Il est connu que les soins dentaires ou de lunetterie comptent parmi les moins bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Le reste à charge peut y être conséquent. De même, lors de dépassements d'honoraires des consultations de médecins de secteur 2, seule la part correspondant aux tarifs opposables est remboursée.

Ce constat fait dire à Didier Tabuteau que l'on s'oriente « vers un système dual, laissant les hospitalisations et les affections de longue durée à la protection collective et reportant sur les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assurances privées les soins courants. Métamorphose silencieuse qui fait le lit d'une privatisation de l'assurance-maladie » (*Ibid.*, p. 143). Pour lui, ces deux orientations ne sont pas équivalentes. Ces complémentaires sont de statuts divers, allant de mutuelles qui ne peuvent être à but lucratif à des assurances privées qui elles le sont⁹. Mais surtout, les cotisations sociales liées au financement public de l'assurance maladie sont proportionnelles aux revenus et tiennent compte de la composition familiale. Ce n'est pas le cas des coûts engendrés par l'adhésion à une assurance complémentaire, d'autant plus que le tarif varie également avec l'âge des bénéficiaires, créant un lien entre le montant de la cotisation et l'état de santé de l'assuré. En cela, le financement des complémentaires est beaucoup plus inégalitaire que celui de l'assurance maladie obligatoire.

La loi du 27 juillet 1999 a tenté de répondre à la fois au problème du lien entre emploi et assurance et à celui du reste à charge, tout en essayant d'éviter les défauts des procédures précédentes, en créant la couverture maladie universelle (CMU). Cette mesure comporte deux volets : la couverture "de base" et la complémentaire. La première assure une couverture maladie pour toute personne résidant de manière stable et régulière en France, et n'étant pas couverte à un autre titre. Il ne s'agit pas d'un nouveau régime particulier mais d'un mode d'affiliation au régime général. Ce système est novateur en ce qu'il propose une universalisation sur la base de la résidence et non plus de l'activité professionnelle. Ce n'est cependant pas l'assurance maladie universelle, un temps évoquée lors du plan de réforme de la sécurité sociale en 1995 et qui prévoyait la même assurance maladie pour tout le monde. Cette CMU de base peut être gratuite sous condition de ressources, sinon il existe des cotisations en fonction des revenus. Elle reprend en grande partie les dispositions de l'assurance personnelle, en corrigeant plusieurs dysfonctionnements : l'affiliation est obligatoire et l'ouverture des droits immédiate, la validité de la demande est vérifiée *a posteriori*, les procédures sont simplifiées, etc. Le second volet de cette loi, et sûrement le plus important, est l'instauration d'une complémentaire santé gratuite : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-

⁹ Malgré la variété des statuts juridiques des organismes complémentaires et leurs conséquences, j'utiliserai ensuite indifféremment les termes de « mutuelle » ou d'« assurance complémentaire » pour y faire référence, mon propos principal ne se situant pas à ce niveau.

C). Il existe trois critères d'éligibilité : résider en France de manière régulière, c'est-à-dire être français ou avoir un titre de séjour ; résider en France de manière stable, c'est-à-dire depuis au moins 3 mois ; et avoir des ressources inférieures à un plafond qui est actuellement de 8 593 € sur les 12 derniers mois pour une personne seule, soit environ 716 € par mois (Fonds CMU 2013b). Les personnes touchant le revenu de solidarité active (RSA), successeur modifié du revenu minimum d'insertion (RMI), en bénéficient automatiquement. La CMU-C donne accès à la prise en charge de la part complémentaire des soins remboursables par l'assurance maladie : consultation médicale (généraliste ou spécialiste), de dentiste ou d'auxiliaires médicaux, médicaments et matériels médicaux, analyses en laboratoire ou imageries, etc. Contrairement aux autres complémentaires, elle donne aussi accès à un tiers-payant sur les consultations, et non pas à un simple remboursement. Au 31 décembre 2012, les effectifs de la CMU-C sont d'un peu plus de 4,5 millions de bénéficiaires, comprenant la métropole et les départements d'Outre-Mer (Fonds CMU 2013a).

Dans ce même texte de loi du 27 juillet 1999, une autre mesure votée concerne la population plus spécifique des étrangers en situation irrégulière. Il s'agit de l'aide médicale d'État (AME), qui donne accès à peu près aux mêmes droits que la CMU-C. Les conditions sont, elles-aussi, similaires si ce n'est qu'il faut être en France en situation irrégulière, toujours de manière stable et avec les mêmes plafonds de ressources. Une différence importante est qu'elle ne donne pas accès à une carte vitale, et ne permet donc pas la dématérialisation du tiers-payant. Le nombre de bénéficiaires s'élevait à 190 000 au 31 décembre 2006 (Boisguérin et Haury 2008).

Un des problèmes importants des critères d'accès à la CMU-C est l'effet seuil des conditions de ressources. Pour pallier ceci, la loi du 13 août 2004 a créé un « crédit d'impôts », successivement renommé « chèque santé », puis « aide pour une complémentaire santé » (ACS). Ce dispositif est entré en vigueur en 2005 et fait suite à des aides précédemment mises en place par les régimes d'assurance maladie. Le principe est de prendre en charge une partie du coût de l'acquisition d'une complémentaire santé pour les personnes dont les ressources dépassent légèrement le plafond permettant de bénéficier de la CMU-C. Ce pourcentage de dépassement du plafond était de 15 % lors de la création de l'ACS, puis a été augmenté à 20 % en 2007 et est actuellement de 35 % de ce plafond, ce qui correspond à 11 600 € annuel, soit environ 967 € par mois (Fonds CMU 2013c). Cette aide est par ailleurs conditionnée au respect des règles de « contrats responsables » devant

comporter certaines garanties de qualité de la part des mutuelles. Un peu plus d'un million de personnes ont bénéficié de cette aide au 31 décembre 2012 (Fonds CMU 2013a). Si ce dispositif ne permet pas un tiers-payant intégral, il donne accès à un document qui permet un « tiers-payant social ». Les bénéficiaires peuvent ainsi n'avancer que la part complémentaire d'une consultation avec un médecin, la part obligatoire étant directement réglée à ce dernier par l'assurance maladie.

L'arrivée de l'ACS a permis de faire reculer l'effet seuil induit par la CMU-C mais ne l'a pas supprimé malgré le rehaussement progressif du plafond. Pour les ménages restant au-dessus de ces seuils, la part de revenu du ménage consacrée à l'acquisition d'une complémentaire santé peut être conséquente. Le pourcentage destiné à cet investissement est logiquement d'autant plus important que les revenus sont bas. Selon les études cette part varie de 2 à 3 % pour les plus riches à 8 à 10 % pour les plus pauvres, hors population éligible à la CMU-C (Perronnin, Pierre et Rochereau 2011).

Du droit à l'accès aux droits

Du droit à son application pratique et à sa concrétisation en droits pour un individu il existe un parcours qui n'est pas toujours exempt de difficultés. C'est ce que nous montre une association comme Médecins du Monde, organisation non gouvernementale dont la « mission France » comporte 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso). Comme leur nom l'indique ces lieux ont pour vocation d'accueillir sans condition les personnes désirant des soins, mais aussi de les aider à obtenir des droits en matière sanitaire et sociale afin de pouvoir recourir au système de soin de droit commun. En plus de cette mission d'aide, l'association se donne une mission de constatation et de plaider. Dans cette optique, un observatoire de l'accès aux soins a été créé en 2000 dans le but de « témoigner des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité » (Médecins du Monde 2012), avec la publication régulière d'un rapport d'activité, le dernier datant de 2012.

D'après leur observation des personnes venant les consulter, il existe un décalage important entre l'accès théorique et l'accès pratique aux droits : « seuls 16 % des patients relevant d'un dispositif de couverture maladie disposent de droits ouverts lorsqu'ils sont reçus la première fois au Caso, alors que près de 80 % pourraient y prétendre » (Observatoire de l'accès aux soins de la mission France 2012, p. 92). Bien sûr, on peut penser que les personnes consultant au Caso sont justement celles qui n'ont pas de droits ouverts, les autres consultant un médecin par le circuit « habituel », mais il

n'empêche qu'un nombre important peuvent prétendre à des droits dont ils ne disposent pas en pratique. Ce nonaccès est plus important pour les potentiels bénéficiaires de l'AME que de la CMU-C, et moindre pour ce qui concerne la CMU de base. Plusieurs obstacles ont été identifiés. Le plus important, dans près d'un tiers des cas, est la méconnaissance des droits et des structures délivrant les soins. Viennent ensuite dans des proportions similaires, les difficultés administratives et la barrière linguistique (environ 20 % des consultants). On voit ainsi que, malgré les simplifications voulues avec la mise en place des dernières réformes, il persiste des difficultés de dialogue et de compréhension entre les acteurs administratifs et les demandeurs de soins. Pour Médecins du Monde il faut ajouter à cela des dérives de la part de l'administration, voire des pratiques abusives, comme la demande de justificatifs qui ne sont pas nécessaires. Ces problèmes sont accentués dans le cas de personnes de nationalité étrangère, qui constituent plus de 90 % des personnes reçues dans les Casos de Médecins du Monde. Un exemple des difficultés administratives rencontrées est celle de la justification d'une présence stable en France durant au moins 3 mois, qui nécessite la présentation de documents en attestant. Cette situation est encore plus difficile pour des personnes n'ayant pas de logement stable et peut encore être compliquée par la nécessité d'une domiciliation administrative pour ces dernières personnes, alors même qu'elle est parfois abusivement refusée par les Centres communaux d'action sociale (CCAS) selon Médecins du Monde.

En dehors de ces cas de discordance entre accès théoriquement possible aux droits et accès réel, le rapport rappelle que pour près de 20 % des consultants, l'accès à une couverture maladie est impossible du fait du non-respect des critères demandés, le plus souvent celui de résidence stable.

D'autres enquêtes corroborent l'existence d'un non-recours de certaines personnes à leurs droits en avançant aussi d'autres explications. Ainsi une étude du Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé réalisée à partir de l'enquête ESPS a étudié le non-recours à la CMU-C (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer 2006). Les auteurs estiment qu'en 2006 de 700 000 à 1,2 million d'individus n'ont pas fait de demande de CMU-C alors qu'ils pouvaient y prétendre. La plupart d'entre eux seraient couverts par une complémentaire privée. Plusieurs explications sont avancées par les intéressés : la peur que cette mutuelle gratuite soit de moins bonne qualité et rembourse moins bien les frais, ou bien que le passage de leur mutuelle à la CMU-C donne lieu à des complications. D'autres évoquent plutôt leur réticence vis-à-vis des démarches administratives. Parmi le million

de personne correspondant aux critères d'adhésion à la CMU-C, 14 % n'ont cependant aucune complémentaire santé.

On retrouve ce même phénomène de non-recours avec l'ACS, de manière encore plus criante. En effet, la population ciblée par le dispositif en 2010 (alors que le seuil est à 20 % du plafond de la CMU-C) est d'environ 2 millions de personnes. Mais il existe seulement un peu plus de 500 000 personnes bénéficiant de l'ACS, soit seulement une sur quatre qui fait valoir ses droits. Les deux hypothèses principalement avancées sont d'une part le défaut d'information sur l'existence et le fonctionnement du dispositif, mais aussi sa complexité. D'autre part, on retrouve des critiques sur la faible aide financière apportée en comparaison du coût d'une complémentaire privée et du revenu des ménages concernés. Ces hypothèses ont été confortées par une expérimentation sociale menée à Lille, montrant notamment que l'augmentation de l'aide accordée améliore légèrement le taux de recours à l'ACS et permet de mieux cibler les populations éligibles, mais concluant que la question centrale du non-recours est sans doute plus à chercher du côté de l'accès à l'information et de la difficulté des démarches (Guthmuller, Jusot et Wittwer 2011).

De l'accès aux droits à l'accès aux soins

De même que les inégalités sociales de santé ont longtemps été limitées à l'accès aux soins, l'accès aux soins, comme le non-recours en général, a été limité à son seul aspect financier et au seul droit. Cette restriction empêche une analyse complète du phénomène. Des renoncements aux soins peuvent survenir à tous les moments du parcours de soins : depuis le ressenti d'un symptôme et son analyse, passant par le fait d'aller consulter, jusqu'à l'acceptation ou non d'un traitement. L'analyse de ce phénomène conduit donc potentiellement à de multiples explications, dont l'aspect financier fait partie sans en être toujours le plus important.

La notion de renoncement aux soins pour raison financière a été introduite par l'IRDES en 1992 dans son enquête ESPS. L'intérêt de ce concept est d'ajouter à l'observation de l'usage du système de santé celle de son accès. « Du point de vue scientifique, le renoncement aux soins [...] vise à identifier des besoins de santé non satisfaits, qu'un état de santé aurait justifié » (Desprès et al. 2011, p. 2). Dans cet article, portant sur l'aspect financier du renoncement, il s'agit selon les auteurs de dépasser la simple observation d'une consommation différente de soins entre riches et pauvres, pour laquelle il est difficile de séparer une cause financière d'une simple « préférence » dans la gestion de sa santé. En effet, le renoncement suppose un besoin de soin, ce qui explique

qu'il augmente quand l'état de santé se détériore. Cependant, quelques lignes plus loin, les mêmes auteurs décrivent un renoncement plus important des femmes que des hommes concernant des soins pour lesquels il n'y a pas de « différences physiologiques objectives ». Dans ce cas, l'explication avancée est celle d'une différence dans l'état de santé subjectif, les femmes tendant à se considérer en plus mauvaise santé que les hommes. La « scientificité » et l'objectivité reliant le renoncement aux soins et les besoins de santé sont donc à relativiser avec la définition de la santé et de la maladie. « Car la maladie n'est pas une donnée objective réductible à un état particulier et précis de l'organisme. Consulter un médecin pour une maladie suppose tout d'abord que l'on ressent une sensation, et que celle-ci soit interprétée en tant que symptôme morbide, nécessitant un traitement. Il faut alors reconnaître à la médecine et au système sanitaire particulier la légitimité et la compétence à traiter le symptôme. Le processus d'élaboration de la décision d'un recours médical fait également intervenir les possibilités objectives et subjectives d'accéder à un centre de soins, ainsi que le coût symbolique de la démarche » (Parizot 1998, p. 37). Le besoin de santé reste donc en partie subjectif et la question de la « préférence » n'est pas éliminée. Derrière ces besoins subjectifs et ces choix individuels de renoncer à des soins, on retrouve évidemment des éléments collectifs, que ce soient des normes ou des ressources économiques.

Une étude importante sur le renoncement aux soins a été conduite par l'IRDES en collaboration avec la DREES. Un des intérêts de celle-ci est qu'elle comporte deux volets complémentaires : une approche économétrique, donc quantitative et centrée sur l'aspect financier, ainsi qu'une approche « socio-anthropologique » s'intéressant au renoncement sous toutes ses formes. Cette seconde partie adopte une attitude qualitative, assez rare pour être soulignée, par entretiens selon une approche inductive ; elle a été dirigée par Caroline Desprès, médecin et anthropologue. Cette dernière propose une définition du renoncement aux soins, se voulant une synthèse des approches expertes et profanes : « Une personne renonce *aux soins* si elle abandonne la poursuite d'un objectif visant à se soigner et recouvrer sa santé. Elle renonce à un soin spécifique si, elle abandonne la démarche d'obtention ou la mise en œuvre de ce soin (bien ou service) alors qu'elle ressent un désordre corporel ou psychique (soin curatif) ou souhaite protéger sa santé (soin préventif)¹⁰ » (Desprès 2012, p. 18). Cet abandon d'un soin de la part d'une personne peut être lié à un obstacle menant au soin désiré, ou bien peut être le résultat d'un choix quand plusieurs alternatives sont possibles pour accéder au but. La première situation est qualifiée

¹⁰ C'est elle qui souligne.

de « renoncement-barrière » par les auteurs, et est assez proche de la définition institutionnelle de l'accès aux soins. La seconde, qualifiée de « renoncement-refus », peut porter sur le fait de se soigner ou non, ou de faire appel à une autre norme que la médecine conventionnelle. Il peut donc être vu comme un acte d'autonomie vis-à-vis de la médecine, une préférence du patient pour la gestion de sa santé. Il est à rapprocher de ce que Philippe Warin appelle un « non-recours volontaire » et qu'il juge particulièrement intéressant à étudier, car « dans ce cas, le non-recours n'apparaît pas comme un incident plus ou moins fortuit, notamment dans le processus de demande (par non connaissance de l'offre ou problème dans la mise en œuvre), mais comme un rapport social à l'offre publique et aux institutions qui la servent » (Warin 2012). Il précise également que cette non-demande peut être elle-même choisie ou contrainte, tout comme Caroline Desprès montre que les deux modalités de renoncement, barrière et refus, s'entremêlent fréquemment pour une même personne. Malgré ces chevauchements, cette typologie des renoncements a un intérêt analytique qu'il apparaît intéressant de suivre.

Le renoncement-barrière

– Le renoncement aux soins pour raison financière

Malgré la mise en place de différentes mesures favorisant l'accès aux soins, il existe toujours des personnes qui renoncent à recourir au système de santé. Ce renoncement peut être en partie expliqué par des raisons financières et, de ce fait, est socialement marqué. Dans l'Enquête santé protection sociale (ESPS) de 2008, 15,4 % des personnes de 18 ans et plus ont déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois (Desprès et al. 2011). Ce renoncement passe à près de 25 % pour les personnes appartenant au plus bas quintile de revenu (moins de 870 € par unité de consommation). Mais plus que le pouvoir d'achat, c'est la précarité qui fait apparaître un gradient social : le taux de renoncement aux soins varie ainsi de 5 % à près de 50 % pour les plus précaires (Illustration 5). Une fois pris en compte un indice de précarité, le pouvoir d'achat ne fait que marquer un seuil entre les plus aisés et les autres. L'expérience de la précarité joue un rôle à la fois dans ses dimensions passées et présentes, mais aussi dans une anticipation de la situation future.

Le « reste à charge », c'est-à-dire la part non-remboursée par l'assurance maladie de base et laissée à la gestion du patient, a largement augmenté depuis quelques décennies. Individuellement, son importance dépend de la couverture maladie complémentaire de chacun puisque celle-ci peut le rembourser, en partie ou complètement. On observe donc

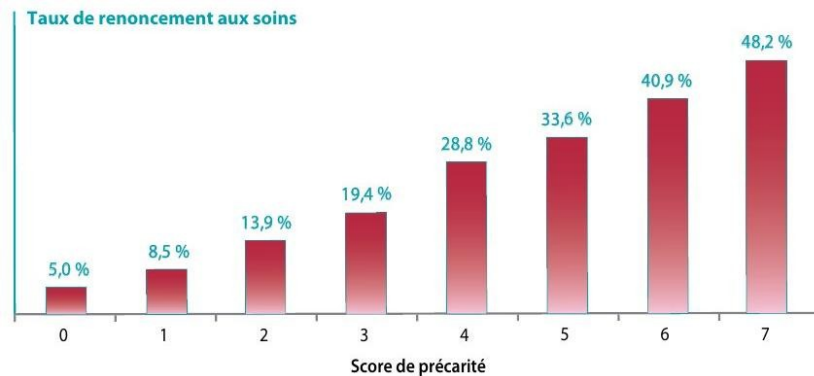
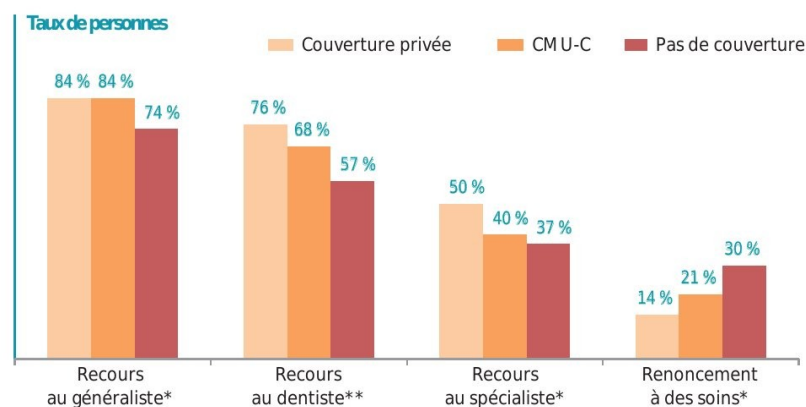


Illustration 5 : Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité (Source : Desprès et al. 2011, d'après les données ESPS 2008)

un taux de renoncement aux soins variable selon la présence ou non et le type de complémentaire. La dernière étude en date est l'enquête ESPS 2008 et montre une oscillation de ce taux allant de 14 % pour les bénéficiaires d'une couverture privée, à 30 % pour ceux qui n'en ont pas (Illustration 6). Le taux de renoncement varie également selon le type de soin, ce qui est en partie lié au montant du reste à charge.

Une autre question découle logiquement de ces observations, il s'agit de l'accès à ces assurances facultatives. Nous avons déjà vu les modalités d'accès à la CMU-C, mais pas aux autres complémentaires, en dehors du cas particulier de l'ACS. Diverses mesures réglementaires et fiscales ont permis une diffusion progressive de ces mutuelles. Le taux de personnes ainsi couvertes est passé de 35 % en 1960, à 50 % en 1970, 70 % en 1980 et 88 % à la fin des années 1990. Mais on retrouve, là encore, un gradient social dans le nombre de



*au cours des 12 derniers mois ; ** au cours des 24 derniers mois

Illustration 6 : Taux de recours et de renoncement aux soins selon l'accès à la complémentaire santé (Source : Perronnin, Pierre et Rochereau 2011, d'après les données ESPS 2008)

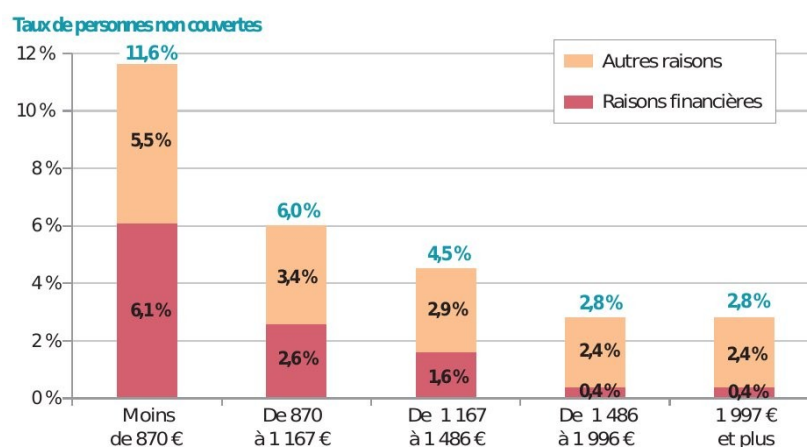


Illustration 7 : Proportion de personnes sans couverture complémentaire santé selon le niveau de revenu du ménage (Source : Perronnin, Pierre et Rochereau 2011, d'après les données ESPS 2008)

personnes couvertes (Perronnin, Pierre et Rochereau 2011). En 2008, selon l'enquête ESPS, 94 % de la population de France métropolitaine possède une assurance complémentaire, ce qui laisse tout de même 4 millions de personnes avec l'assurance maladie obligatoire comme seule couverture. Le premier motif évoqué de non-recours à une complémentaire est financier. Ainsi, 46 % des personnes sans complémentaire auraient souhaité en bénéficier si elles en avaient eu les moyens. Ce n'est pas le seul motif puisque près d'un quart des personnes sans mutuelle préfèrent ne pas en bénéficier et payer le reste à charge pour chaque soin éventuel. C'est en particulier le cas pour les jeunes sans problème de santé ou les personnes bénéficiant d'une affection de longue durée (ALD), remboursée à 100 % par l'assurance maladie obligatoire. Le motif financier est cependant d'autant plus présent que les ressources du ménage sont faibles et le taux de personnes non couvertes varie de 3 % pour les plus aisés à 12 % pour ceux ayant un revenu du ménage inférieur à 870 € (Illustration 7).

Une chose est d'accéder à une assurance complémentaire, mais une autre est de savoir de manière plus précise ce qu'elle rembourse et à quel taux, les prestations y étant variables. La DREES réalise une enquête annuelle auprès des organismes de complémentaire santé. Elle propose une typologie des contrats en cinq classes, de A à E, par ordre de qualité décroissant. Les variations se trouvent essentiellement au niveau des remboursements des dépassements d'honoraires et des offres en optique, dentaire ou prothèses auditives. Il semble exister un socle commun constitué du remboursement du ticket modérateur et de la prise en charge du forfait hospitalier journalier. On peut accéder à ces complémentaires

par un contrat collectif obtenue dans le cadre de l'entreprise (43 %) ou par un contrat individuel (57 %) auprès d'une mutuelle, d'une société d'assurance ou d'une institution de prévoyance. Les premiers sont de manière générale plus protecteurs que les seconds, différence qui s'est accentuée au cours des dernières années. En effet plus des trois quarts des bénéficiaires d'un contrat collectif ont un contrat de qualité A ou B, alors que plus de la moitié des contrats individuels appartiennent aux classes D et E et un tiers à la classe C (Garnero et Le Palud 2013). Bien évidemment, le coût d'un contrat dépend des garanties qui sont proposées, l'accès à des contrats de qualité est donc limité par la part financière que chaque ménage peut y consacrer. En plus de proposer en moyenne des prestations de meilleure qualité, les contrats collectifs sont plus avantageux en termes financiers. Or l'accès à ces contrats collectifs est source d'inégalités. La première raison est qu'il faut déjà avoir un emploi, mais il existe également des différences entre salariés, disparités qui bénéficient aux catégories les plus hautes. Parmi les non-fonctionnaires, ces contrats sont plus fréquents chez les cadres et les professions intermédiaires (respectivement 76 % et 69 %) que chez les ouvriers non-qualifiés et les employés de commerce (58 % et 53 %) (Perronnin, Pierre et Rochereau 2011). Les contrats auxquels souscrivent les personnes dans le cadre de l'ACS sont en grande majorité des contrats bas de gamme. Si l'on compare leurs garanties aux classes proposées par la DREES, on observe, en 2011, que 90 % des contrats ACS sont de classe D ou E (HCAAM 2013). Les bénéficiaires de l'ACS ont donc le plus souvent un reste à charge plus important que les bénéficiaires d'une autre complémentaire santé.

Pour ce qui est de la CMU-C, elle apparaît comme ayant un rôle protecteur en tant que complémentaire santé. La comparaison avec les autres assurances est limitée, du fait d'un encadrement tarifaire spécifique. En plus d'être gratuite pour ses bénéficiaires et de permettre un tiers-payant, la CMU-C a l'avantage d'interdire la pratique des dépassements d'honoraire par les médecins ou de toujours rembourser intégralement le ticket modérateur sur les médicaments. Il semble cependant exister des restes à charge élevés par rapport au revenu dans les cas de l'optique et des prothèses auditives (*Ibid.*). Deux observations viennent étayer cet argument bénéfique vis-à-vis du renoncement aux soins. Lors de sa mise en place, on observe une chute globale du renoncement aux soins, qui remontera par la suite mais avec un écart qui reste stable avec les bénéficiaires d'une autre complémentaire. Ensuite, une équipe de l'IRDES a réalisé une estimation virtuelle de l'augmentation du taux de renoncement des personnes bénéficiant de la CMU-C si elles n'en bénéficiaient pas. Celle-ci montre quasiment un doublement du renoncement tous

soins confondus et un triplement pour les consultations médicales (Desprès et al. 2011). Dans son dernier rapport, le Fonds CMU conforte ces résultats en y ajoutant une étude réalisée avec le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'exams de santé (CETAF). Si plus d'un-tiers des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir renoncé à des soins pour raison financière, ce taux est beaucoup plus important (45 %) pour ceux ne l'ayant que depuis moins d'un an, faisant évoquer une méconnaissance des droits. On retrouve les mêmes prestations pour lesquelles les non-recours sont plus fréquents, avec dans l'ordre décroissant : les soins et les prothèses dentaires, les médicaments, les lunettes et les consultations des spécialistes. Les motifs financiers ne sont cependant pas les seuls qui aboutissent au renoncement à des soins, dans près d'un quart des cas, il est évoqué d'autres raisons (Fonds CMU 2011).

Ainsi, malgré une avancée significative avec l'apparition de la CMU-C, l'accès aux soins reste en partie dépendant des ressources financières de chacun. Et la tendance actuelle de transférer les coûts de santé de l'assurance maladie vers les ménages contribue à accentuer cette inégalité.

– Les refus de soins

Nous avons déjà vu les difficultés d'accès aux droits, qui peuvent être considérées, elles-aussi, comme une forme de « renoncement-barrière ». Une fois les droits acquis par une personne, un autre obstacle est le refus d'honorer ces droits par des professionnels de santé. Ce phénomène est particulièrement observé pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME, mais on peut aussi l'imaginer pour l'application du tiers-payant social des bénéficiaires de l'ACS par exemple. Ce constat a d'abord été fait par les associations s'intéressant aux soins des personnes précaires. Afin d'étayer cette problématique, Médecins du Monde a mis en place des enquêtes par *testing* téléphonique. La première date de 2002 et retrouve des refus de soins des personnes bénéficiant de la CMU-C pour plus d'un dentiste sur trois (Observatoire de l'accès aux soins de la mission France 2003). Ce type d'enquête a ensuite été repris par d'autres associations, puis des organismes publics dont la DREES et le Fonds CMU, aboutissant à un premier rapport en 2006, à la demande du Ministère de la santé (Chadelat 2006). Celui-ci rend officiel l'existence de ces pratiques et, les considérant comme non déontologique, préconise des sanctions à l'encontre des contrevenants, ainsi qu'une politique d'information et de sensibilisation au problème. Il met également en avant le contraste entre l'observation moyenne de 15 % de refus des

patients CMU-C par les professions de santé et la quasi-absence de plaintes recensées par les ordres professionnels ou les caisses d'assurance maladie. En 2009, la loi HPST vient renforcer le dispositif en considérant le refus d'un patient bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS comme du même ordre que le refus de soigner une personne en raison de son état de santé, son handicap ou son origine ethnique, et en décrivant les modalités de plainte.

Plusieurs caractéristiques font varier l'importance du nombre de refus, participant à l'explication de ce phénomène. Toutes les études retrouvent ainsi des variations importantes en fonction des professions concernées et du secteur de conventionnement. La première enquête demandée par le Fonds CMU porte sur six villes du Val-de-Marne en 2005. Une analyse en est proposée par Caroline Desprès (2010) qui décrit des taux de refus allant de 1,6 % à 41 %. Les refus sont beaucoup plus fréquents pour les médecins conventionnés en secteur 2 que ceux du secteur 1, et pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes. Les dentistes ont des taux de refus comparables avec ceux observés chez les médecins spécialistes de secteur 2 (Tableau 4). On comprend qu'il existe une logique économique forte à ces refus quand on rappelle que les médecins de secteur 2 n'ont pas le droit d'appliquer de dépassements d'honoraires aux patients ayant la CMU-C et que, pour les dentistes, il existe un plafonnement des forfaits concernant les prothèses. L'acceptation de ces patients s'accompagne donc d'un manque à gagner. La question des difficultés de remboursement est par ailleurs évoquée par certains praticiens. Dans cette même logique, il est observé dans d'autres études des refus plus fréquents chez les médecins

Catégorie	Nombre d'appels	Nombre de refus	Refus (%) ^a	IC 95 %
Médecins généralistes, secteur 1	62	1	1,6	[0 ; 4,7]
Médecins généralistes, secteur 2	24	4	16,7	[1,8 ; 31,6]
Médecins généralistes, secteurs 1 et 2	86	5	4,8	[2,2 ; 7,4]
Médecins spécialistes, secteurs 1 et 2	83	34	41,0 ^b	
Chirurgiens-dentistes	46	18	39,1	[25,0 ; 53,2]

^a Il s'agit des effectifs non corrigés par les poids de sondage.

^b Ce chiffre n'est pas une estimation mais le chiffre réel des refus dans la population des médecins spécialistes puisqu'ils ont tous été testés.

Tableau 4 : Estimation du taux de refus imputable à la CMU-C par catégorie de professionnels (Source : Desprès 2010)

ne possédant pas d'appareil de télétransmission des feuilles de soins, ce qui les oblige à une gestion des remboursements par l'assurance maladie plus complexe et plus coûteuse en temps.

Cette étude comporte également un volet qualitatif d'analyse des échanges téléphoniques. Parmi les médecins acceptant de recevoir un patient bénéficiaire de la CMU-C, certains donnent un accord qualifié de « mitigé ». Dans un premier cas cela correspond à une démarche exceptionnelle, hors de l'habitude du praticien. Dans d'autres cas on peut rattacher l'acceptation à une forme de « charité », allant à l'encontre d'une normalisation de la relation dans le cadre d'un droit. Le médecin a fréquemment une discussion directe avec le patient dans une relation visant à évaluer le « mérite » du patient.

Comme dit précédemment, que ce soit dans le cas de praticiens acceptant ou refusant la CMU-C, des entretiens ont mis en évidence des images négatives récurrentes concernant les bénéficiaires. Ils sont souvent vus comme des « assistés », voire parfois des « tricheurs », souvent en retard ou n'honorant pas les rendez-vous, et témoignant d'un manque de respect envers les praticiens. Il est par ailleurs fréquemment relevé de la part des médecins une mauvaise connaissance de la loi et des droits de ces assurés.

Une seconde étude a été demandée par le Fonds CMU et réalisée par l'IRDES, cette fois dans l'agglomération parisienne en 2008-2009. On y retrouve un taux moyen de refus imputable à la CMU-C d'environ un praticien sur quatre, ce qui est plus important que dans l'étude précédente, avec toujours des variations importantes : 9,2 % pour les omnipraticiens de secteur 1 ; 32,6 % pour ceux de secteur 2 ; et jusqu'à plus de 40 % pour les gynécologues de secteur 2 (Desprès, Guillaume et Couralet 2009). L'importance de ces chiffres peut notamment être expliquée par la forte densité de spécialiste et de médecin du secteur 2 dans Paris qui fait office d'exception en France de ce point de vue.

Pour compléter le panachage géographique, une nouvelle étude financée par le Fonds CMU, et toujours réalisée par l'IRDES, concerne cette fois des départements ruraux (Desprès et al. 2012). Les auteurs décrivent un phénomène plus faible que dans la région parisienne mais persistant : les bénéficiaires de la CMU-C ont 1,5 fois plus de chance de se voir refuser un rendez-vous que les autres. De plus, les refus sont 2,4 fois plus fréquents dans les zones urbaines que dans les zones et communes rurales, faisant apparaître l'influence du lieu d'exercice des professionnels. Les auteurs retrouvent notamment une moindre discrimination par les médecins spécialistes, dont une

hypothèse explicative pourrait être la difficulté de refuser de soigner un patient à la vue de l'absence d'alternative à proposer.

Cette discrimination n'épargne pas les bénéficiaires de l'AME qui subissent davantage de refus. On passe ainsi d'une moyenne de 15 % de refus déclarés par les patients ayant la CMU-C à plus d'un tiers (Boisguérin et Haury 2008). À la différence des précédents, les refus émanent plus souvent des médecins et des pharmaciens que des dentistes et des médecins spécialistes. On peut supposer la même logique financière, mais renforcée par l'absence de carte vitale facilitant les démarches de remboursement par les professionnels.

– L'offre de soin

Un dernier exemple d'obstacle à l'accès aux soins est lié à la répartition de l'offre de soin. La démographie médicale est marquée par un nombre et une densité de médecins ayant atteint des sommets dans les années 2010. Les projections annoncent ensuite une baisse jusque dans les années 2020, qui peut s'expliquer par le double effet d'une augmentation des sorties : vieillissement des professionnels ; et d'une baisse des entrées : diminution du *numerus clausus* des années 1980 jusqu'aux années 2000 et installation plus tardive des jeunes médecins. Cette diminution des effectifs est globalement moins importante pour la médecine générale et particulièrement marquée pour certaines spécialités (Vanderschelden et Attal-Toubert 2009). Mais plus que le nombre, c'est l'hétérogénéité de la répartition géographique des médecins qui pose question. « C'est au moment où les médecins n'ont jamais été aussi nombreux que le constat de leur inégale répartition, et même de leur quasi-absence dans certaines zones, occupe le devant de la scène » (Burdillat 2009, p. 74). Et la prévision de baisse du nombre de médecin risque d'accentuer ces disparités. On observe globalement un gradient Nord-Sud, et ces « déserts médicaux » sont plus fréquents dans les zones rurales et péri-urbaines, notamment populaires.

Au premier abord, il faut relativiser ce problème par la distance au médecin le plus proche. Une enquête de la DREES nous apprend en effet que, « en 2010, 84 % de la population française vit dans une commune où exerce au moins un médecin généraliste libéral et 100 % réside à moins de 15 minutes d'une commune équipée » (Barlet et al. 2011, p. 2). Mais ce constat est surtout valable pour les médecins généralistes et les paramédicaux. S'il l'on s'intéresse aux gynécologues et aux ophtalmologues, et que l'on considère non plus la simple distance mais le lieu de consultation réel des patients, on observe que seulement la moitié des consultations a lieu à moins de 15 minutes de la commune de

résidence et un quart a lieu dans une commune située à plus de 30 minutes. En effet, à cette inégale répartition géographique du nombre de médecin, il faut ajouter quelques critères qui peuvent accentuer les inégalités d'accès. Tout d'abord la pratique du dépassement d'honoraires est très variable d'une spécialité médicale à l'autre, faible pour les généralistes et plus importante dans certaines spécialités. Elle varie aussi d'une région à l'autre, particulièrement présente en Île-de-France (Aballea et al. 2007). Il faut également tenir compte de la disponibilité des praticiens, notamment fonction de la densité médicale et des caractéristiques du bassin de population (en particulier l'âge). Ainsi, certains rendez-vous pour certaines spécialités peuvent n'être accordés que dans un délai de deux ou trois mois (Legros et al. 2012). Ces deux composantes peuvent obliger les patients à consulter un médecin plus éloigné que celui le plus proche de leur domicile (Barlet et al. 2011), participant à expliquer ces inégalités géographiques.

La disponibilité de l'offre a un effet différencié selon les catégories sociales concernées. D'une part, plus les patients sont fortunés, plus ils peuvent se permettre de recourir à une offre libérale plus onéreuse comportant des dépassements d'honoraire. Ils ont ainsi accès à une offre plus large que les plus pauvres. D'autre part, il est observé une mobilité plus importante pour les catégories sociales les plus hautes. Les raisons en sont probablement multiples, notamment culturelles, mais on ne peut écarter non plus le coût de ces déplacements, que ce soit par des moyens individuels ou collectifs.

Le renoncement-refus

En s'appuyant sur le volet qualitatif de l'étude précitée, Caroline Desprès (Desprès 2012) décrits deux modalités de renoncement-refus. Le premier est le refus complet de se soigner. Il peut être le reflet d'une vision de la médecine comme impuissante à régler le problème de santé. C'est particulièrement le cas par exemple pour le cancer, qui conserve une image de fléau moderne avec des thérapeutiques invalidantes, ou la maladie d'Alzheimer, pour laquelle la médecine ne propose pas de guérison ni même de réelle stabilisation. Ce refus de soins peut aussi s'apparenter à un « désintérêt » pour le symptôme ressenti, voire à une forme de négligence décrite notamment dans les cas de la grande précarité (Declerck 2001). La seconde modalité décrite est le refus d'une proposition de soin particulière, réelle ou anticipée. La séparation de ces deux modalités ne me semble pas complètement opérante. En effet l'auteur décrit dans les choix s'offrant au patient pour cette modalité ou bien la possibilité de mettre en œuvre des solutions alternatives, ou bien celle « d'ignorer le problème qu'il ressent ou de vivre avec » ce qui

me semble proche de situations rencontrées dans la première modalité où le refus complet de soin est expliqué par le fait que « le sujet ne croit pas que la médecine puisse améliorer son état ou le prix à payer lui semble trop élevé » (Desprès 2012, p. 146). Pour autant cette étude est intéressante à divers égards, notamment car elle met en avant plusieurs dimensions de refus de soins sans se focaliser sur la seule précarité, comme c'est souvent le cas.

Ce choix de ne pas accepter les soins proposés par la médecine est décrit comme une prise d'autonomie, une résistance au biopouvoir selon l'expression de Michel Foucault. Les modalités de mise en œuvre varient ensuite selon la classe sociale de l'individu. Elles dépendent en grande partie des représentations du corps et de la santé que nous avons décrites précédemment. Dans le milieu ouvrier l'étude retrouve une forme de résistance aux classes dominantes, dont le milieu médical fait partie, alors que chez les plus aisés il s'agit d'une critique dans le cadre d'un choix éclairé. « Les différentes catégories sociales se rejoignent pour critiquer la qualité des soins mais en fonction de modalités différentes d'évaluation de cette qualité » (*Ibid.*, p. 147). Caroline Desprès décrit une attitude souvent plus tranchée chez les plus précaires, que ce soit dans le sens d'une défiance globale, mais qui peut être combinée à une confiance circonscrite vers quelques professionnels, ou d'une confiance aveugle.

Ce jugement de qualité concerne tout à la fois les niveaux technique et relationnel, et ce de manière interdépendante. Ce à quoi il faut ajouter le rapport au corps et à la santé, là aussi dans une relation d'interdépendance. La perception du système de soin est fortement influencée par les expériences personnelles et de l'entourage, positives et négatives. « Les itinéraires thérapeutiques [sont] individualisés, même si on peut dégager des récurrences, des logiques dominantes, chaque parcours est unique en son genre car fondamentalement ancré dans l'histoire du sujet » (*Ibid.*, p. 157). Nous avons cependant vu précédemment en quoi les représentations des maladies et des symptômes sont aussi socialement marquées. L'évolution contemporaine, avec la montée en puissance de la notion de maladie chronique, a modifié cette expérience à ces deux niveaux, technique et relationnel (Cohen-Scali 2014). Les compétences médicales des malades se sont accrues, ils s'approprient les concepts médicaux et gèrent leur traitement avec l'appui d'un apprentissage en partie conduit par le médecin, mais aussi par des associations de malades, des magazines, l'internet, etc. Mais cela modifie également la relation avec les professionnels par une relation qui peut être plus coopérative ou vécue comme concurrentielle. Cette relation est elle-aussi fortement marquée socialement comme nous

l'avons déjà évoqué et comme cela sera développé ultérieurement. « Les difficultés inhérentes à la relation médecin patient, inégale par essence sont majorées quand le patient appartient à un groupe socialement dominé, ou d'une autre culture » (Desprès 2012, p. 150). La relation est alors plus paternaliste pour les catégories sociales les plus basses avec un rapport de domination plus marqué, alors que les classes les plus aisées gagnent en autonomie.

Les défiances vis-à-vis de la médecine peuvent se concrétiser par différentes attitudes, dont l'une d'elles est l'abandon de tout soin. Le plus souvent, les patients continuent cependant des soins hors du système de santé classique, selon deux principales modalités. Ils peuvent recourir à l'automédication. Ce phénomène a son importance car il rappelle que les soins ne sont pas l'apanage des professionnels de santé, mais qu'il existe aussi des savoirs profanes en la matière. Traditionnellement ces soins sont plutôt dévolus aux femmes dans une division sexuée du travail (Cresson 1995). Ce choix peut être délibéré, et vu alors comme la marque d'une autonomie dans la gestion de sa santé ; ou peut être un repli, une attitude « faute de mieux », pouvant alors s'apparenter à une renoncement-barrière. On assiste à une double logique sociale. D'un côté le repli vers la sphère privée, parfois par manque de moyens, notamment financiers, et « plus généralement rendant compte de formes de résistance aux institutions de soins dans les milieux populaires » (Desprès 2012, p. 161). D'un autre côté on assiste à une plus grande médicalisation, visible en particulier dans le cas des maladies chroniques, favorisant l'autonomie des individus à travers une éducation thérapeutique organisée par le système de soin et qui a tendance à remplacer les savoirs profanes par ceux de la médecine. Cette autonomie des patients est d'autant plus favorisée par le fait que certains soins auparavant réservés à l'hôpital voient leur transfert vers le domicile.

La seconde attitude de défiance vis-à-vis de la médecine classique se traduit par un recours à des médecines non-conventionnelles. Il n'est pas rare en effet que les individus complètent l'offre traditionnelle ou la substituent par des soins non-conventionnels. On peut parler d'autonomie de l'individu quant à son parcours de soin. Et ce alors même que ce dernier est l'objet de tentatives de contrôle par l'assurance maladie à travers l'apparition du médecin traitant et du parcours de soin coordonné, à la fois pour des raisons budgétaires et de qualité des soins. Cette attitude est favorisée par l'accroissement de l'autonomie des patients et par conséquent est plus fréquente parmi les catégories sociales aisées. Ceci est renforcé par le fait que la plupart de ces soins ne sont pas remboursés par

l'assurance maladie, mais parfois par certaines mutuelles. Cette démarche relève plus fréquemment d'une forme de contestation explicite de la médecine conventionnelle, autant de par son aspect technique, avec notamment l'approche par organe et la nocivité de l'allopathie ; que relationnel, avec le manque d'écoute et de disponibilité.

La consommation de soins

Ces recours ou non aux soins, avec leur composante de choix et de contrainte, donnent lieu à l'observation d'une diversité de modes d'utilisation du système de santé par les usagers. Et comme pour le recours aux soins, ces différences de consommation de soins sont corrélées avec les groupes sociaux, même après ajustement sur les besoins de soins. Ces variations peuvent être observées à la fois d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Peut-être est-il particulièrement important de rappeler, avant d'en arriver à la description elle-même, que l'observation de différences dans la consommation de soins ne conduit pas nécessairement à les interpréter en termes d'injustice, même si des liens entre renoncement à des soins et état de santé perçue ultérieurement ont déjà été retrouvés (Dourgnon, Jusot et Fantin 2012).

Un premier constat concerne la structure de consommation des soins. On sait depuis plusieurs années que la part de consommation entre soins hospitaliers et ambulatoires varie en fonction du statut socio-économique. Déjà dans les années 1980 Pierre Mormiche (1986) décrivait un recours plus fréquent des ouvriers à l'hôpital, quand les cadres consultaient plus fréquemment en ambulatoire, et plus encore des spécialistes. Plusieurs études ont ensuite été réalisées par la DREES permettant de suivre ce phénomène. Dans la première moitié des années 2000, on observe ainsi des dépenses totales de santé plus importantes pour les ouvriers non qualifiés que pour les cadres et les professions intermédiaires, celles-ci étant « exclusivement dues » à leurs dépenses hospitalières (Raynaud 2005). Ainsi, la part de l'hospitalisation dans les dépenses de santé passe de 38 % pour les cadres et professions intermédiaires, à 53 % pour les ouvriers non qualifiés (Illustration 8). Une première explication est liée à la différence d'état de santé pour ces populations, les données précédentes prenant déjà en considération l'âge et le sexe. « Néanmoins, l'analyse "toutes choses étant égales par ailleurs", c'est-à-dire tenant compte des caractéristiques des personnes en y incluant les indicateurs d'état de santé, confirme une influence spécifique et significative de la catégorie sociale du ménage sur les comportements de consommation de soins » (*Ibid.*, p. 3). De manière similaire à ce qui

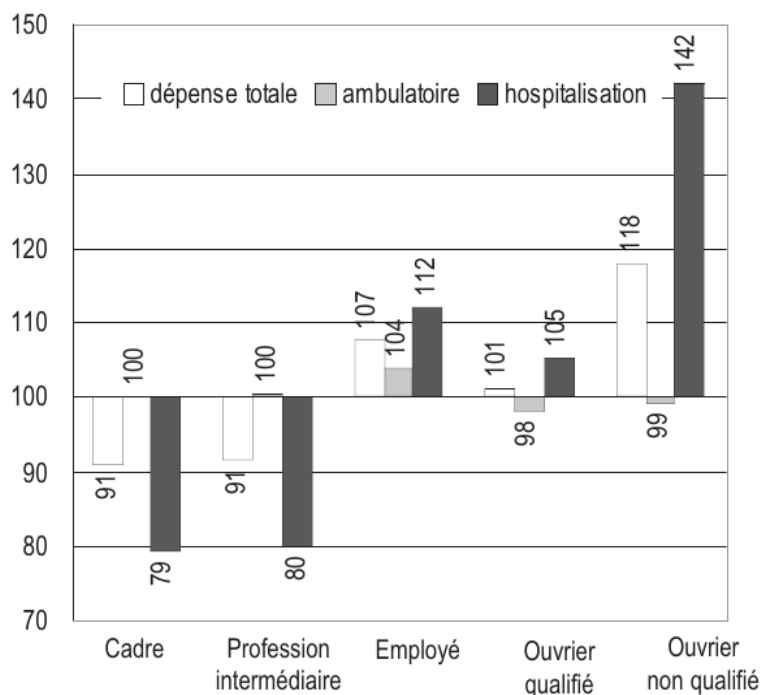


Illustration 8 : Indice de dépenses de santé, à structures d'âge et de sexe identiques, selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence (Source : Raynaud 2005)

est observé pour le non-recours, les différences les plus importantes de dépenses de soins ambulatoires, en faveur des catégories supérieures, concernent les consultations de médecins spécialistes ainsi que les soins optiques et dentaires. Ce résultat est également retrouvé si l'on prend en compte non plus la catégorie socioprofessionnelle mais le revenu ou le niveau d'éducation.

Afin d'approfondir la situation des soins ambulatoires, on peut reprendre les résultats de l'étude *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) de 2004, rapportés par Florence Jusot (2013), qui montrent dans tous les pays européens des différences de consommation de soins particulièrement importantes pour les consultations de spécialistes. Ainsi, la moitié de la population la plus riche a près de deux fois plus recours à ceux-ci que le quart le plus pauvre (Illustration 9). Cette différence s'observe à la fois pour le fait de recourir à un médecin spécialiste dans l'année comme pour le nombre de consultations. Dans le classement européen, la France fait partie avec l'Espagne des pays avec les inégalités les plus marquées. La situation est différente pour ce qui est du médecin généraliste. La consommation de soin est plus homogène parmi les différentes catégories

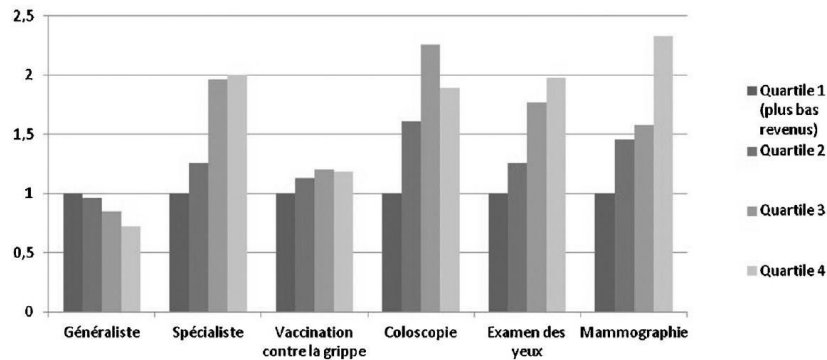


Illustration 9 : Odds ratios du recours aux soins selon le niveau de revenu en France des personnes âgées de 50 ans et plus (Source : Jusot 2013)

sociales, voire on observe parfois un recours plus important chez les plus pauvres (de manière statistiquement non-significative dans cette enquête). D'autres études citées dans le même article confortent cette observation en mettant en évidence l'évolution entre 1998 et 2008 et montrant le passage « d'une situation où la probabilité annuelle de recours aux soins de généralistes était équitablement répartie dans la population à une situation où apparaissent à partir de 2000 des inégalités, mais en faveur des plus pauvres » (*Ibid.*, p. 5167). Ainsi, en comparaison les unes des autres, les populations riches consultent plus des spécialistes et les populations pauvres des généralistes.

Comme le montre le graphique, des différences sont aussi observées pour d'autres soins tels que la coloscopie, l'examen ophtalmologique ou la mammographie. Pour cette dernière, il est à noter une différence importante de réalisation de cet examen (plus du double entre les quartiles extrêmes) malgré le fait qu'il soit intégré en France dans un dépistage organisé, gratuit pour les femmes de plus de 50 ans telles qu'étudiées ici.

Comme dit au début de cette partie, la consommation est le reflet du recours ou non des patients au système de soins. Elle dépend donc de déterminants visibles au niveau individuel qui sont de l'ordre de la contrainte (financière ou autre) ou du « choix » des patients (capital culturel, information, rapport au corps, etc). Nous en avons déjà parlé. Cependant, le fait de l'observer du point de vue de la consommation de soins permet de mettre en avant des facteurs liés à l'organisation du système de santé. Bien évidemment, ces deux manières de voir se recoupent, notamment quand il s'agit d'observer le taux de remboursement des prestations ou la densité médicale. Une étude a étudié certains facteurs

organisationnels en les comparant au niveau européen et mettant en relief des différences entre les pays (Or, Jusot et Yilmaz 2009). Les facteurs considérés ont été : les modes de financement du système de santé, le niveau des ressources médicales, le mode de rémunération des médecins et le rôle du médecin généraliste dans le système. Un des résultats de cette étude est que cette hétérogénéité entre les pays contribue plus fortement à l'explication de la propension à recourir à des soins de spécialiste que la plupart des caractéristiques individuelles, en dehors de la santé perçue. De plus, le statut socio-économique, mesuré ici par le niveau d'étude, influence de manière variable les différences de recours aux soins de spécialistes. Il a notamment une forte influence en France en comparaison de la moyenne européenne.

Au final, les éléments diminuant le plus l'ampleur des inégalités de recours au spécialiste sont le financement du système de santé par la taxation (modèle beveridgien) et le rôle de *gatekeeper* joué par les médecins généralistes, ces deux facteurs étant souvent liés comme au Royaume-Uni. Pour ce qui est des inégalités d'accès au médecin généraliste, ces deux éléments n'ont pas d'influence, mais on retrouve logiquement l'importance du reste à charge comme facteur aggravant les inégalités de recours en fonction du niveau d'étude, quels que soient les médecins.

Fonctionnement du système de santé

Soins curatifs

Une certaine logique médicale des soins curatifs vise à étudier et à traiter les maladies. Il existe une étude physiopathologique de celles-ci et la recherche de soins, médicamenteux ou non, ayant pour but de guérir ou tout du moins d'amenuiser les symptômes. À une pathologie correspond un ou des traitements. En ce sens, la situation sociale du patient n'a que peu d'intérêt. Ce qui en a, c'est son corps. Ainsi, un médecin confronté à une maladie va appliquer les recommandations de la science. Pourtant, la mise en œuvre de ce schéma est plus complexe. Nous l'avons vu, les représentations des patients et des médecins ne sont pas stables, les relations qui s'ensuivent ne le sont pas non plus, et ceci a des conséquences sur les pratiques des différents acteurs. Il existe cependant moins d'études sur les variations des conduites thérapeutiques en fonction des catégories sociales, en particulier en France. Des études réalisées aux États-Unis d'Amérique retrouvent des prises en charge différentes du sida avec une moindre prescription d'antirétroviral, à taux de CD4 équivalent, pour les

afro-américains, les toxicomanes actifs et les femmes. Les noirs ont également moins fréquemment un pontage coronarien que les blancs non hispaniques après un infarctus du myocarde, après contrôle par le caractère approprié de l'intervention (Couffinhal et al. 2005a).

Prenons quelques rares exemples de cette réalité en France où, à pathologie équivalente, le système de soin prend différemment en charge les patients selon leurs caractéristiques sociales. Ainsi un rapport du CREDES (ancêtre de l'IRDES) sur l'HTA montre des prescriptions différentes selon les catégories socioprofessionnelles : les diurétiques sont plus souvent prescrits aux inactifs et aux retraités qu'aux cadres et autres actifs (Frérot et al. 1999). Dans le même ordre d'idée, les cadres ont de meilleurs résultats tensionnels après traitement par rapport aux employés et ouvriers, alors même que dans cette étude portant sur 30 000 salariés, il n'y a pas de différence entre les catégories sociales pour ce qui concerne le dépistage et la mise sous traitement (De Gaudemaris et al. 2002).

Il existe davantage de données concernant la prescription des médicaments psychotropes, avec deux facteurs de consommation qui sont mis en avant : le genre et la situation par rapport à l'emploi. Les femmes ont en moyenne une consommation deux fois plus importante que celle des hommes. Et de même, les chômeurs ont une probabilité environ deux fois supérieure d'avoir consommé un médicament psychotrope dans l'année par rapport à un actif occupé. Cette influence de l'emploi est plus significative pour les hommes que pour les femmes, ce qui fait que le rapport homme/femme devient nul chez les chômeurs (Beck et al. 2008). On retrouve une différenciation globale selon les catégories sociales, avec une consommation plus importante de psychotropes en cas d'absence de diplôme (10 points de plus que la moyenne) ou chez les employés et les ouvriers (7 à 13 % supérieure à celle des autres actifs) (Briot 2006, p. 166). Une analyse plus fine amène à distinguer deux types de consommation particulière, liée chacune à des catégories sociales. Dans les classes moyennes et supérieures, une consommation ponctuelle est plus fréquente. Elle est souvent en lien avec des événements de vie comme la décomposition familiale ou à la rupture conjugale. Les usages plus réguliers, voire chroniques, semblent être « une caractéristique de consommation des milieux populaires », liée à l'incidence de la morbidité, à l'isolement et à la division des rôles sexuels. « En résumé, les consommations sont plus répandues dans les classes moyennes, mais selon des durées généralement plus courtes (inférieures à 6 mois). Les consommations chroniques, étalées sur plusieurs années, sont davantage présentes chez les employés et les ouvriers inactifs (retraités ou femmes au foyer) » (*Ibid.*, p. 168).

Pierre Lombrail s'est attaqué à l'analyse de ce qu'il appelle « l'accès secondaire aux soins », c'est-à-dire une fois que le patient est en contact avec le système de santé. Il distingue deux modes de fonctionnement conduisant le système de soin à accentuer les inégalités sociales de santé, les inégalités « par construction » et celles « par omission ». Les premières renvoient au fait que « la conception du système de soins ou des modalités programmées de fonctionnement explicitement formulées produisent des inégalités », alors que les secondes sont produites « par défaut dans le cadre de son fonctionnement en routine [...] : ces inégalités ne relèvent pas systématiquement d'une intentionnalité explicite » (Lombrail, Pascal et Lang 2004, p. 63). Ainsi, la distinction entre ces deux entités repose sur le fait que les premières renvoient à l'élaboration explicite de l'action alors que les secondes se situent au sein même de l'action, de manière implicite.

Autant les exemples qu'il donne me semblent pertinents, et nous allons en voir quelques-uns, autant la différence entre ces deux éléments me semble floue. Pierre Lombrail considère cependant que cette distinction est importante à réaliser car, dans le cas des inégalités par omission, « y pallier suppose rien moins qu'un changement de paradigme systémique, alors que dans l'autre il est conceptuellement pensable d'éviter d'en "rajouter" » (Lombrail et Pascal 2005, p. 35). Si la dichotomie est peut-être pertinente d'un point de vue pratique, il me semble que la différence s'arrête là, car nous assistons au déroulement d'une même logique. Les protocoles explicites, comme les comportements implicites, sont tous deux l'objet d'une construction qui omet de prendre en compte les données sociales des individus. Ne parler de construction que pour ce qui est explicite me semble orienter l'action vers ce qui est visible, au détriment de ce qui ne l'est pas mais qui est tout autant construit.

Un certain nombre d'inégalités relèvent de l'organisation « systémique » du système de soin et sont donc considérées comme des inégalités par construction (Lombrail 2007). On peut citer plusieurs éléments, dont certains ont déjà été abordés : la faiblesse des structures médico-sociales et psycho-sociales, l'inégale répartition géographique des professionnels couplée à l'absence de responsabilité populationnelle des acteurs ou la prédominance des soins curatifs sur les soins préventifs, dont les structures collectives sont plus souvent utilisées par les plus défavorisées. Nous verrons néanmoins que les soins préventifs peuvent aussi faire le lit des inégalités. Un autre point est bien-sûr l'absence trop fréquente des données sociales dans les statistiques, aboutissant à une mauvaise évaluation des performances du système. D'autres relèvent des inégalités par omission mais pourraient, à

mon sens, trouver leur place dans la catégorie précédente. On y retrouve la fragilité des trajectoires de soin, qui varient comme nous l'avons vu avec les catégories sociales, ou l'organisation de la médecine libérale qui amène à des consultations plus courtes restreignant l'échange entre les acteurs. Enfin, un certain nombre d'éléments fait directement référence à la relation entre le médecin et le patient et sont liés aux caractéristiques individuelles et aux représentations des uns et des autres.

Nous n'avons cependant pas encore discuté des recommandations professionnelles, or il est intéressant pour la suite de s'y intéresser. Je prendrai deux exemples en lien avec les pathologies étudiées par la suite, à savoir l'hypertension artérielle et les symptômes anxieux et dépressifs.

Les dernières recommandations de la HAS sur l'hypertension artérielle datent de 2005¹¹. Elles ne mentionnent qu'une seule fois la situation sociale du patient, que ce soit dans l'évaluation ou le traitement (pharmacologique ou non) du patient hypertendu. Cette interpellation du praticien concerne la fréquence des consultations : « chez les patients appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées, un suivi plus rapproché est recommandé, quel que soit le niveau de risque » (HAS 2005a, p. 23). Les seules recommandations concernant l'adaptation du traitement pharmacologique font référence à des « situations cliniques particulières », à savoir l'âge ou des comorbidités.

Il faut cependant apporter une nuance car les facteurs sociaux sont abordés dans l'argumentaire ayant abouti à ces recommandations (HAS 2005b, p. 29-30). La HAS fait état de plusieurs « marqueurs de risque non traditionnels », dont les facteurs sociaux, en précisant que le gain de prédictivité pour évaluer le risque cardiovasculaire d'un patient est « quantitativement faible ». Il est ensuite rappelé les données épidémiologiques de l'étude IHPAF, à savoir que la prévalence de l'HTA variait avec les catégories socioprofessionnelles, que le risque de non-contrôle de la pression artérielle était plus élevé chez les ouvriers non-qualifiés par rapport aux cadres supérieurs, et que les ouvriers non qualifiés cumulaient plus fréquemment d'autres risques cardiovasculaires (tabac et obésité). Il est précisé également que, selon l'étude Framingham, les facteurs de risques classiques ne permettent pas à eux seuls d'expliquer que le risque cardiovasculaire soit plus élevé chez les

¹¹ À noter que cette recommandation est actuellement suspendue pour des « faiblesses de forme » (Gaudin 2011) concernant des conflits d'intérêts lors de sa rédaction. Une actualisation des données est déjà en cours, cependant la note de cadrage préliminaire à l'évaluation des classes médicamenteuses de l'hypertension artérielle ne prévoit pas de modification sur le plan des inégalités sociales de santé, si ce n'est la possibilité de solliciter un sociologue « en cas d'étude HAS sur la question de l'observance » (Cohn-Zanchetta et Midy 2010).

sujets appartenant aux classes les plus défavorisées. Il n'est pas fait mention dans l'argumentaire des raisons du suivi plus rapproché pour les catégories sociales défavorisées.

Concernant la « prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », les recommandations les plus récentes de la HAS datent de 2002 (HAS 2002a). Il n'est pas non plus fait mention de la catégorie sociale des patients, que ce soit dans l'évaluation ou la prise en charge. Il faut, là aussi, aller explorer l'argumentaire de cette recommandation pour en faire état. Tout d'abord pour signaler la variabilité de prévalence de la dépression en fonction de l'activité professionnelle, de la profession, du niveau d'études et du revenu (avec une prévalence plus importante parmi les plus défavorisés) (HAS 2002b, p. 18). Selon l'enquête DEPRES, il existe parfois une non-reconnaissance de la dépression par le médecin, associée à plusieurs facteurs dont le niveau d'études : « la dépression est moins souvent diagnostiquée chez le sujet ayant fait des études supérieures » (*Ibid.*, p. 22). On passe ensuite au risque suicidaire avec comme facteur prédisposant l'isolement social, dont le chômage (*Ibid.*, p. 38). Ce document se termine en se demandant comment améliorer la prise en charge des patients déprimés et y répond, entre autres, en soulignant la nécessaire amélioration de la relation médecin-patient. « Les rôles du patient et du médecin, les idées que les uns se font des autres, apparaissent ainsi largement intriqués dans les explications de la non-reconnaissance de la dépression [...]. En revanche, les données socioculturelles, souvent invoquées, semblent moins importantes » (*Ibid.*, p. 76).

Une recommandation plus récente de 2007 concerne la prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif¹² et donne une place plus importante aux données sociales du patient. Cette recommandation s'adresse notamment aux médecins généralistes mais il est conseillé dans tous les cas que la coordination des soins soit assurée par un psychiatre. Les auteurs relatent les facteurs liés au risque de complication, et parmi ceux qui pourraient jouer un rôle (non retrouvés dans toutes les études) sont cités un « environnement familial, psychosocial, professionnel insuffisant ou "stressant" », et un « contexte économique précaire » (HAS 2007a, p. 10). Ces données font donc logiquement parties de l'évaluation du patient avant traitement. D'autres notions apparaissent, dans la prise en charge cette fois, avec une information au patient qui doit être adaptée, « en adéquation avec son environnement familial et social » et une relation

¹² Comme pour la recommandation de 2005 sur l'HTA, celle-ci est suspendue suite aux nouvelles normes de prise en compte des conflits d'intérêts.

d'aide pluridisciplinaire mobilisant aussi les travailleurs sociaux (*Ibid.*, p. 15-16). L'argumentaire n'apporte pas de nouveau point de vue, il ne fait que développer les idées précédentes en citant les références utilisées. La prise en compte de facteurs liés à l'environnement familial et au milieu professionnel est ici considérée comme un « levier thérapeutique » (HAS 2007b, p. 44).

Ces deux exemples montrent la faible place accordée à l'aspect social du patient et de la pratique médicale, confortant la logique des inégalités « par construction ». À chaque fois qu'il y est fait référence, c'est par l'utilisation de l'épidémiologie sociale, en présentant certaines variables sociales comme des facteurs de risque. Il s'agit donc à chaque fois d'utiliser une version standardisée du social, et non une individualisation de l'accompagnement.

Prévention

Le système de santé d'un pays a pour objectif d'améliorer la santé de sa population. Dans ce cadre, un système basé uniquement sur des soins curatifs a montré ses limites depuis maintenant quelques années, puisqu'il ne touche qu'une partie minoritaire de la population : ceux qui sont malades et vont chez le médecin. Le rapport Lalonde, publié en 1974 au Canada, a participé à promouvoir un système de santé qui ne soit pas seulement sur un mode curatif. S'appuyant sur les statistiques de morbi-mortalité et des données épidémiologiques, le rapport recommande une stratégie de prévention ciblant les individus les plus à risque (Lalonde 1981). Il s'agit d'identifier les personnes qui sont exposées à un ou plusieurs facteurs de risque spécifiques de certaines pathologies et d'agir sur eux afin de limiter l'incidence et les conséquences de ces maladies.

Cette stratégie a été critiquée en particulier par un épidémiologiste, Geoffrey Rose, mettant en balance cette approche par groupes à risque avec une approche populationnelle (Rose 1985). Il reconnaît à la première stratégie l'avantage d'être adaptée à une approche individuelle, à la fois pour le patient et le médecin puisque l'intérêt direct pour la santé est apparent, il est plus facile de construire une balance bénéfique/risque. Et à un niveau plus large, il peut y avoir un intérêt à mobiliser les moyens, financiers et humains, du système de santé sur un nombre restreint de personnes. Cependant Rose y trouve surtout des inconvénients. Par exemple, avant de concentrer une action sur cette population à risque il faut d'abord l'identifier ce qui peut être à la fois difficile et onéreux.

D'un point de vue plus théorique, cette stratégie ne s'attaque aux risques eux-mêmes que pour quelques individus. Elle ne s'attaque pas aux conditions de leur survenue et n'empêche donc pas l'arrivée de nouveaux individus soumis à ces mêmes risques. Elle laisse la responsabilité de cette arrivée aux seuls individus sans prendre en compte l'environnement qui a pu le favoriser. Un dernier argument est qu'on délaisse la population qui comporte un risque moins important pour une pathologie, alors que cette dernière peut constituer un bien plus grand nombre de personnes que celle avec un haut risque. C'est donc cette grande population, moins à risque, qui peut fournir en réalité la majorité des conséquences sanitaires.

Rose propose une nouvelle stratégie intéressant l'ensemble de la population et répondant en partie aux inconvénients de l'approche précédente. Elle a pour objectif de diminuer l'exposition aux risques pour l'ensemble d'une population en rendant les environnements plus favorables pour la santé. Si l'on prend l'exemple d'un comportement à risque comme la consommation de tabac, il ne s'agit plus de limiter la consommation des plus gros fumeurs, mais de modifier le comportement de l'ensemble de la population vis-à-vis du tabac. Bien que l'intérêt sanitaire pour chaque individu soit moindre, et donc la motivation moins importante, l'intérêt en termes de santé publique est, lui, considérable si l'ensemble de la population, y compris les personnes les plus à risque, voit son exposition au risque diminuer. Ainsi, la France a mené des politiques et des programmes de prévention contre le tabac qui ont conduit à une diminution de la moyenne de consommation, et ont probablement contribué à une baisse globale de la mortalité (Potvin, Ginot et Moquet 2010).

Cependant ces politiques n'ont pas diminué uniformément l'exposition aux facteurs de risque dans la population tel que Rose l'avait théorisé. On observe plutôt une déformation de la courbe de l'exposition au risque (Illustration 10). L'effet moyen est conservé mais on voit apparaître une variation de la distribution de l'exposition aux risques. Ceux qui avaient un risque déjà faible d'exposition obtiennent un plus grand bénéfice que ceux avec un plus fort risque, aboutissant à une concentration des bénéfices pour les uns et une concentration des risques pour les autres (Frohlich et Potvin 2008). L'amélioration moyenne masque ainsi une accentuation des disparités entre les positions extrêmes. Si l'on met cela en rapport avec les catégories sociales, étant donné qu'il existe un gradient social de l'exposition à de nombreux facteurs de risque et que l'intervention ne vise pas à rendre l'exposition moins pathogène, on observe une accentuation des inégalités sociales de santé. C'est ce que l'on a observé pour la consommation de tabac en France. Entre 2000 et

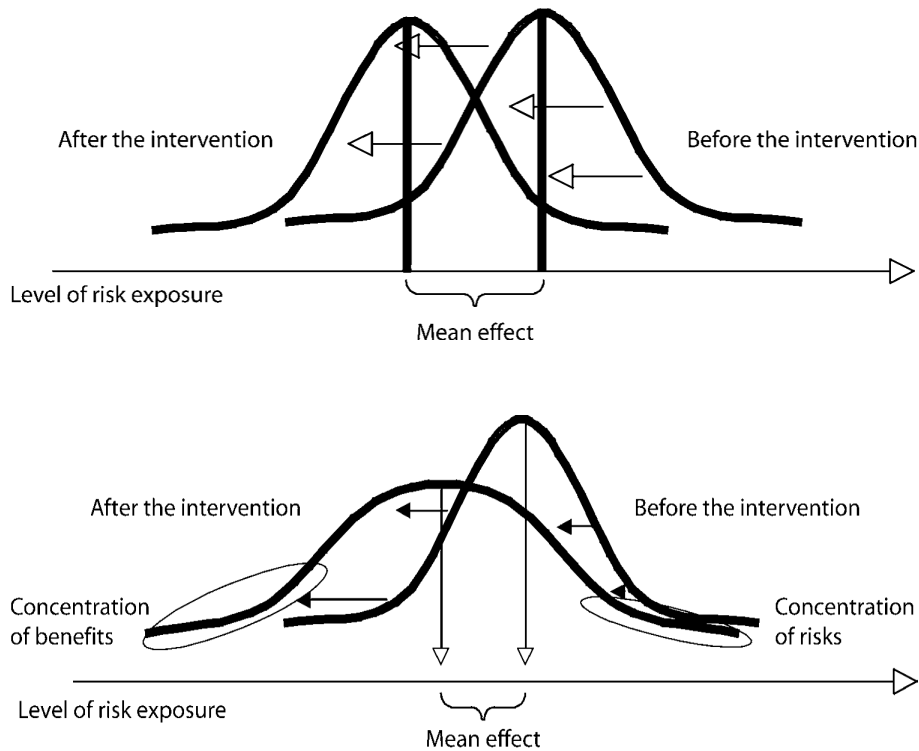


Illustration 10 : Effet d'une intervention de type populationnelle sur l'exposition au risque. Transfert homogène selon l'hypothèse de Rose (en haut) et déformation avec concentration des risques (en bas) (Source : Frohlich et Potvin 2008, p. 217-218)

2010, si la prévalence de consommation de tabac a diminué dans la catégorie des cadres et des professions intermédiaires, elle a augmenté chez les agriculteurs, les ouvriers et les chômeurs. Durant cette même période plusieurs mesures ciblant la population dans son ensemble ont été prises pour diminuer cette consommation : mesures réglementaires, augmentation du prix du tabac, campagnes de prévention, etc. Ceci amenant à la conclusion que ces politiques non-ciblées « n'ont pas empêché », voire ont contribué, au creusement des inégalités sociales de consommation de tabac (Lang et al. 2012).

Katherine Frohlich et Louise Potvin ne proposent pas de revenir à l'ancien modèle des groupes à haut risque pour un facteur risque donné mais de créer un nouveau groupe d'individus à haut risque pour les facteurs de risque. Cette population, qualifiée de « vulnérable », est composée d'individus partageant des caractéristiques sociales défavorables qui les rendent plus sensibles aux autres facteurs de risques « classiques ». Ces personnes présentent plus fréquemment que la population générale une concentration de

multiples risques, accumulés au cours de leur vie. De plus, ces populations vulnérables sont moins sensibles aux discours de prévention de la santé publique, reprenant le concept de moindre « diffusion de l'innovation ». On retrouve ainsi l'utilisation de plusieurs modèles explicatifs des inégalités sociales de santé. Les auteurs proposent de coupler l'approche populationnelle de Rose avec une approche par vulnérabilité, sans pour autant décrire précisément à quoi cela pourrait ressembler. Elles précisent juste que ces interventions devront probablement être intersectorielles et participatives, peu d'expérimentations et d'évaluations ayant eu lieu.

Ce que l'on peut retenir ici de cette description, c'est qu'une approche de santé publique n'ayant pour objectif que l'accroissement moyen de la santé de la population peut avoir pour conséquence d'augmenter les inégalités sociales de santé. « Tout comme le risque est socialement structuré, la capacité de tirer profit des interventions préventives apparaît, elle aussi, comme étant liée à l'appartenance à certains groupes sociaux [...]. En fait, ne pas reconnaître cette possibilité, c'est faire le choix implicite de contribuer à augmenter les inégalités de santé » (Potvin, Ginot et Moquet 2010, p. 58). Une politique de santé publique doit donc considérer explicitement l'impact d'une intervention en termes d'inégalités sociales.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus prend actuellement en compte ces nouvelles propositions. C'est donc une bonne manière d'étudier la manière dont la prévention est pensée vis-à-vis des inégalités sociales de santé. Nous avons vu que l'incidence du cancer du col de l'utérus est socialement marquée. Il en est de même pour le dépistage par frottis cervico-utérin (FCU), recommandé tous les trois ans pour les femmes entre 25 et 65 ans. Cet examen est relativement fréquent puisque, selon le baromètre Santé 2010, seulement 4 % des femmes de 25 à 65 ans interrogées ont déclaré ne jamais avoir eu de frottis, et 83 % ont déclaré avoir en avoir eu un au cours des trois dernières années (DREES 2011, p. 248). On retrouve cependant dans cette enquête des variations du taux de dépistage en fonction de l'âge, de l'activité, de la catégorie professionnelle et du niveau de diplôme. Les femmes en activité professionnelle déclarent plus souvent avoir eu un frottis dans les trois ans que les femmes inactives (87 % contre 75 %) ; celles qui ont un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat plus souvent que celles qui ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (88 % contre 75 %) ; et de même pour les revenus, avec un taux de 88 % chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par unité de consommation est supérieur à 1 800 euros net par mois contre 78 % chez celles vivant dans un ménage dont le revenu par unité

de consommation est inférieur à 1 100 euros net par mois. Cette différence est accentuée si l'on compare les femmes n'ayant pas de couverture médicale complémentaire (62,1 %) à celles qui en ont une (80,5 %). Mais l'explication ne doit pas se limiter à un problème financier d'accès aux soins, puisqu'une étude réalisée parmi des femmes de 20 à 60 ans étant adhérentes à la Mutuelle générale de l'Éducation Nationale retrouve des résultats similaires : les ouvrières ont moins pratiqué de frottis dans les trois dernières années (74,4 %) en comparaison des cadres (85,7 %) ou des professions intermédiaires (82,9 %) (Chan Chee, Begassat et Kovess 2005).

Le dépistage par FCU est considéré par la HAS comme une mesure de prévention primaire efficace. Des recommandations existent donc quant à sa réalisation, dont les dernières datent de 2010. Peut-être en lien avec le fait qu'elles soient plus récentes que celles qui concernent l'HTA ou les symptômes anxio-dépressifs, il est porté une plus grande attention aux déterminants sociaux. Dans une première partie établissant un « état des lieux », il est rapporté deux facteurs déterminants de la participation au dépistage, à savoir « le suivi par un gynécologue (facteur favorisant) et le fait de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) (facteur défavorisant) » (HAS 2010, p. 12). Des évaluations de différents types d'organisation du dépistage sont également mentionnés, prenant en compte ces deux dimensions, notamment le fait de réaliser un dépistage organisé, avec des relances à trois ans qui semblent efficaces, et des campagnes ciblées sur des femmes défavorisées sur le plan médico-social, avec pour ces dernières une efficacité « très modeste ». Un bémol consiste cependant dans la confusion entretenue tout du long pour les bénéficiaires de la CMU-C, qui sont qualifiées indifféremment par leur statut d'assurance maladie, leur niveau socio-économique et le terme de précarité.

Plus avant, différents « freins » à la participation au dépistage sont répertoriés, dont un bon nombre liés à la patiente avec un inventaire tenant fortement compte de caractéristiques sociales. « Le niveau d'éducation, l'âge, le fait d'avoir un emploi, le fait d'être en situation de handicap, les conditions d'accès à un médecin, le lieu d'habitation, le statut matrimonial et la situation familiale, sont autant de facteurs importants dans l'adhésion ou la non-adhésion à un comportement de dépistage, et plus largement à la prévention dans son ensemble. Il peut également exister des difficultés de repérage dans le système de soins, des barrières culturelles ou linguistiques, qui constituent des obstacles à la compréhension des messages de prévention ainsi qu'à celle de leur finalité. Enfin, les obstacles au dépistage dépendent également des choix personnels de chaque femme et il

peut exister un décalage entre messages de prévention et modes de vie, la santé pouvant ne pas constituer une priorité pour certaines femmes » (*Ibid.*, p. 19). Cependant, les recommandations abandonnent vite cette masse de facteurs qui freinent potentiellement le dépistage pour revenir aux données de la science épidémiologique, plus balisées et peut-être plus rassurantes. Leurs auteurs évoquent ainsi, selon les préconisations de Frohlich et Potvin, la question d'une « stratégie spécifique » vis-à-vis des populations bénéficiant de la CMU-C, en concertation avec « les intervenants sociaux et médicaux au contact de ces publics » (*Ibid.*, p. 20).

Si, au final, la stratégie d'une organisation du dépistage visant une seule partie de la population cible n'est pas retenue, des « actions spécifiques » sont recommandées à destination notamment « des populations en situation de précarité et/ou socio-économiquement défavorisées » (*Ibid.*, p. 41). Cela se traduit par la proposition de mesures visant à un meilleur accès primaire aux soins, un repérage de ces patientes, une information adaptée aux différentes populations en tenant compte du niveau éducatif et d'aspects culturels, etc. ; tout cela s'appuyant sur les acteurs habituels (médecins généralistes et gynécologues) mais aussi sur des structures médico-sociales. On peut cependant regretter que seules ces dernières informations soient portées, de manière succincte, dans la « synthèse » de ces recommandations. En effet, ce dernier document, comportant seulement 6 pages, est probablement beaucoup plus lu par les médecins que les 53 pages de la recommandation (et encore bien plus que les 235 pages de l'argumentaire). Dans ce petit document n'apparaissent plus les références aux inégalités sociales de réalisation du FCU, ni les différents freins sociaux.

Lutter contre les inégalités sociales de santé

Si, comme nous y invitent plusieurs auteurs, on considère que l'influence du système de soins sur les inégalités sociales de santé n'est que de l'ordre de 20 %, alors la conséquence en est que pour lutter contre les inégalités sociales de santé il semble plus efficace d'agir hors du système de santé. C'est la stratégie préconisée par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS dans son rapport de 2008. Les auteurs formulent trois principales recommandations, en lien avec leur modèle centré sur les « causes des causes », dont aucune n'intéresse directement le système de soins (OMS et Commission des déterminants sociaux de la santé 2009, p. 43) :

1. « Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local.
3. Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé. »

La question qui peut se poser dans ce cadre est : vaut-il mieux s'attaquer en priorité aux causes ou aux conséquences ? L'OMS semble avoir opté pour la première solution, ce qui est plus logique dans l'idée que les inégalités santé ne sont qu'un exemple parmi d'autres conséquences des inégalités sociales. En s'attaquant aux causes, elle cherche à agir sur plusieurs de ces conséquences, dont la santé. Cependant, l'un n'empêche pas l'autre. Même en considérant que ce n'est pas au sein du système de santé que l'action pour lutter contre ces inégalités aura le plus de poids, la tendance internationale est à une action intersectorielle, mobilisant l'ensemble des dispositifs. Cela est renforcé par le fait que quelques études expérimentales montrent que le système de soins peut jouer un rôle dans la réduction des inégalités sociales de santé s'il en prend conscience. Par exemple, une action menée sur quinze mois par une équipe de soins primaires au Royaume-Uni a abouti à réduire fortement les différences entre deux populations de statuts sociaux très différents en termes de couverture vaccinale, de suivi gynécologique et de prévention, voire dans certains cas à renverser les situations initiales (Couffinhal et al. 2005a). De plus, nous avons vu que le système de soin peut aussi transmettre, voire accentuer, les inégalités. Il est donc pour le moins nécessaire de jouer sur ces mécanismes afin qu'il ne soit plus une boîte noire, mais un acteur de cette lutte.

Le système de santé a donc un rôle à jouer parmi d'autres, et même pour certains un rôle de leadership (Guichard et Potvin 2010). Ces mêmes auteurs proposent différents rôles tournant autour du système de soins et qui correspondent aux différentes places des acteurs. D'abord pour les décideurs, il s'agit de faire de la question des inégalités sociales de santé une priorité, au même titre que l'amélioration de la santé moyenne de la population. Il est pour cela nécessaire de créer des partenariats entre les secteurs concernés et de mettre en place des actions à la fois en amont sur les causes et en aval sur les conséquences en termes de santé. Cela ne peut se faire par ailleurs qu'avec le développement de recherches

sur la question afin de mesurer le problème, en comprendre les mécanismes et évaluer les actions. Il faut enfin des acteurs de terrain, des médiateurs, pour effectuer la mise en œuvre de ces plans d'action, en les adaptant aux conditions locales. Nous reviendrons plus avant sur le rôle que se donnent ces acteurs de terrains que sont les médecins généralistes et sur les modalités pratiques qu'ils proposent.

3. MÉDECINE GÉNÉRALE ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

La construction de la médecine générale

En un sens, la médecine générale est la pratique clinique médicale la plus ancienne, confrontant un professionnel et un individu au sujet de sa santé, sans plus de précision de ce champ. Son champ d'action est, de ce point de vue, infini. Mais c'est aussi depuis quelques années une discipline « en quête de reconnaissance, cherchant à se doter en positif d'une identité propre » (Bloy 2010a, p. 189). Cette spécialisation passe certes par des aspects institutionnels, mais elle ne peut se faire que sur la base d'une réflexion sur les spécificités de la discipline en comparaison des autres, déjà installées. L'objectif est ainsi de faire apparaître que la médecine générale n'est pas une sous-médecine ou une version incomplète des autres domaines spécialisés, mais qu'elle possède un positionnement propre qui n'est ni tributaire d'un organe, ni d'une catégorie de la population. Nous allons donc étudier cette construction, à la fois sous ses aspects historiques et institutionnels que par l'idéologie portée par la profession. Cette description relève donc plus ce que *devrait* être la médecine générale que de la pratique réelle.

Entre individu...

Une tradition libérale de colloque singulier

Historiquement, la profession médicale peut être caractérisée par la revendication d'une gouvernance propre. À la fin du XIX^e siècle les premiers syndicats locaux se créent et se regroupent dans une Union des syndicats médicaux français (USMF) en 1884 pour défendre principalement leur autonomie et leurs intérêts économiques à travers la lutte contre le charlatanisme (et les officiers de santé), la rémunération à l'acte et le libre choix du médecin par le malade (Hassenteufel 2008). Ces revendications sont à mettre en relation avec le développement des mutuelles puis, dans les années 1920, des assurances sociales. Celles-ci tentent de mettre en place des ententes directement négociées avec les professionnels, passant outre l'entente directe du praticien avec son patient.

Ainsi dans l'entre-deux-guerres, les médecins se divisent à propos du rapport à la protection sociale. Certains prônent des contrats collectifs pour avoir plus de poids dans la

négociation avec les caisses alors que d'autres ne jurent que par le strict rapport individuel du médecin avec son malade, sans perturbation par un tiers. Les seconds vont se développer et prendre le dessus lors d'une assemblée générale aboutissant à une réunification des deux parties et à la transformation de l'USMF en Confédération des syndicats des médecins de France (CSMF) en 1928. À cette occasion est voté une charte défendant les principes d'une identité libérale qui met en avant le paiement à l'acte, le libre choix du médecin par le patient et les libertés d'installation, de fixation des honoraires et de prescription. Les principes de cette charte restent très présents dans la manière dont les médecins conçoivent leur rôle et a abouti à un lien fort de la médecine avec l'idée de « colloque singulier » et d'un médecin responsable vis-à-vis du patient-individu plus que devant la société (Bloy 2010b).

L'organisation des soins va dans ce sens. Contrairement par exemple à l'Angleterre où le médecin de premier recours est responsable devant l'État d'un bassin de population, le médecin généraliste français n'est responsable que des patients qui viennent le voir. Ceux-ci ont le droit de choisir leur médecin, mais ce dernier peut aussi se réserver le droit de suivre ou non un patient (dans la limite d'un risque immédiat). Ce choix réciproque confère à la relation un statut particulier, que l'on pourrait qualifier de confiance, et laisse au médecin une grande autonomie dans le suivi du patient. Ces deux éléments sont particulièrement mis en avant par les professionnels comme des avantages de la médecine générale. Ce modèle idéal ne résiste cependant pas complètement à une analyse plus pragmatique de la médecine libérale comme entreprise. Dans un système libéral basé sur le paiement à l'acte, le médecin est dépendant de la venue de ses patients et se retrouve en concurrence avec ses confrères. Alors que pour les médecins de second recours la régulation des pratiques se fait sous le regard des confrères, le généraliste travaille, d'une certaine manière, sous la dépendance de ses clients (Freidson 1970). Ces praticiens peuvent être ainsi enclins à satisfaire les désirs de leurs patients, même infondés de leur point de vue. Mais ce peut être vu également comme un espace plus ouvert de négociation entre les acteurs. À ces contraintes relationnelles, s'ajoutent des contraintes matérielles, notamment de gestion du temps de consultation.

Construction de la spécialité

Au cours du XX^e siècle, l'évolution de la médecine vers des spécialisations de plus en plus poussées, en particulier d'organes, a dessiné une médecine générale en creux des autres spécialités. Les études médicales comprenaient une formation de base, à laquelle il était

possible d'ajouter une spécialisation. Tous les médecins pouvaient être généralistes, et les spécialistes avaient quelque chose en plus. Les compétences du médecin non-spécialiste s'arrêtaient là où celles des spécialistes commençaient. Cette définition par défaut a été accentuée en 1958 par la réforme Debré qui institua la formation de tous les médecins dans les CHU et par les seuls médecins spécialistes hospitaliers, ce qui a eu plusieurs effets. Les données de la science, celle sur laquelle s'appuient les généralistes, proviennent des spécialistes. Et les postes influents, dont les titulaires pouvaient prétendre à donner leur avis, ont été réservés à une élite n'appartenant plus à la médecine libérale, ni à des pratiques généralistes. Il n'était plus question de la place de la médecine générale dans le système de soin, les généralistes occupant une place par défaut.

La « médecine générale » ne reprendra place de manière pratique dans le débat public qu'en 1984, avec la mention de cette expression dans un texte officiel. Ce dernier, portant sur la formation des futurs médecins, mettait en place une formation spécifique, comportant un stage en ambulatoire. Ce n'est qu'en 1997 que la formation des étudiants en médecine générale va être confiée à des départements de médecine générale au sein des facultés de médecine. On note ensuite une accélération des modifications avec en 2002 la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité, et en 2004 la mise en place effective d'un diplôme d'études spécialisées (DES). Cette évolution est confirmée en 2008 par la création d'un corps d'universitaires propres à la médecine générale, ayant pour mission la consolidation d'une formation spécifique et donc une identité spécifique.

La spécialité médecine générale reste, malgré les différentes réformes, une spécialité à part. D'une part sur le papier avec le maintien d'une catégorie différente dans différents textes de loi, que ce soit le Code de l'éducation, le Code de la Sécurité sociale ou le Code de la santé publique (Lancry 2007). Et d'autre part en pratique avec une tarification qui reste différente des autres spécialités et un pôle universitaire qui reste difficilement intégrable dans le moule hospitalo-universitaire. La création de la filière universitaire de médecine générale offre cependant l'opportunité à la profession d'affirmer des spécificités.

L'idée de spécialisation va de pair avec celle d'un domaine de compétence particulier, d'un champ d'action propre. Selon Patrice Pinell, les différentes spécialités n'ont été institutionnalisées par l'État qu'une fois que certains attributs soient déjà actifs : revues, associations professionnelles, chaires universitaires, etc (Pinell 2004, p. 1065). Cela suppose donc un certain degré d'organisation préalable qui n'est pas forcément le cas de la médecine générale. Il était difficile pour les généralistes de se présenter comme des experts

de la science biomédicale, cette place étant largement prise par les autres spécialités. Dans chaque domaine, pour chaque organe, il y a une spécialité qui a construit sa légitimité sur la connaissance exhaustive de son domaine.

Un individu dans son environnement

Il existe plusieurs définitions de la médecine générale par la profession elle-même. Toutes font référence à l'idée de considérer le patient dans sa globalité ou dans son environnement. Une des premières définitions date de 1974 avec la publication du groupe Leeuwenhorst. Elle a inspiré les travaux ultérieurs. Celle qui fait référence actuellement a été réalisée par la WONCA¹³ en 2002 (WONCA Europe 2002), révisée ensuite en 2005 et 2011. Elle décrit onze caractéristiques de la discipline dont plusieurs renvoient vers cette notion. La troisième décrit une « approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires » et la dernière une « réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ». Cette approche très ambitieuse est soutenue par une connaissance particulière du patient, obtenue grâce à un « mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée » et centrée sur « les besoins du patient ». L'approche centrée sur le patient a été renforcée par l'ajout en 2011 d'une nouvelle caractéristique, en quatrième position, qui promeut l'autonomisation du patient (traduction par les auteurs du terme « *empowerment* » de la version anglaise).

En France, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), a été créé en 1983 c'est-à-dire juste avant l'obligation pour les facultés de médecine d'organiser un enseignement spécifique de troisième cycle pour la médecine générale. Comme son nom l'indique, il regroupe les médecins qui participent à l'enseignement de la discipline. Cependant, ses objectifs se veulent beaucoup plus large et il revendique d'œuvrer « pour que la médecine générale soit authentifiée comme une discipline scientifique avec un statut universitaire » (CNGE 2012). Il s'agit donc tout autant d'un rôle d'enseignement que d'un rôle militant de construction et de revendication d'une place spécifique pour la médecine générale. Dans cette optique, le CNGE a publié en 1996 un ouvrage qui se veut

¹³ La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) est une organisation mondiale regroupant des médecins généralistes. Elle regroupe plus de 200 000 médecins dans 80 pays.

un « manuel didactique de référence pour étayer ou illustrer son enseignement » (CNGE et al. 1996, p. 1) mais qui apparaît aussi comme voulant donner une véritable définition théorique de la discipline à travers notamment une première partie traitant des « concepts ». Ce travail s'est ensuite prolongé en 2003 par la rédaction d'un manuel de médecine générale, dans une collection présentant le même type d'ouvrage pour les autres spécialités médicales. Une manière de s'affirmer comme une spécialité parmi les autres, mais surtout de même valeur que les autres. Une seconde édition est parue en 2009.

Les auteurs de l'ouvrage revendiquent dès les premières lignes de l'introduction « une médecine de l'individu dans son environnement naturel ». Pour cela, elle utilise bien évidemment « des données issues des sciences biologiques », mais aussi « des données issues des disciplines connexes ou affines : la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, la psychanalyse, l'économie de la santé, etc. » (*Ibid.*). Quelques pages plus loin, ils réitèrent le propos et mettent en avant que ce modèle global nécessite un système de formation spécifique avec un double tropisme, « issu des sciences biologiques comme des sciences humaines » (*Ibid.*, p. 7). Cependant, en fin de l'introduction, cette pluridisciplinarité est contrebalancée par la revendication du fait que l'ouvrage est « rédigé exclusivement par des médecins généralistes » (*Ibid.*, p. 2). Ce paradoxe peut se comprendre par la volonté de construire une définition de la profession par les professionnels eux-mêmes, dans la droite ligne de l'autonomie professionnelle développée par Freidson (1970). Il s'agit donc d'un ouvrage explicitant la « science » de la médecine générale, mais participant aussi à la création d'une nouvelle identité professionnelle. Il est probable que cette « exclusion » des autres professions pour définir la médecine générale s'adresse plus aux autres spécialités médicales, véritables concurrents, qu'aux sciences humaines. Mais il n'empêche que les auteurs se considèrent comme seuls compétents, en tant que médecins généralistes, pour rédiger un tel ouvrage.

Cette compétence sociale du médecin généraliste apparaît aussi dans un « référentiel métier » réalisé par le même CNGE, en 2009, en collaboration avec le ministère de la santé (Mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé et CNGE 2009). Il est organisé autour de l'étude de seize « situations types de soins » avec pour chacune les « compétences » que l'on peut attendre d'un médecin généraliste. Celles-ci sont réparties selon cinq axes : poser un diagnostic global de la situation, élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient, mettre en œuvre le projet thérapeutique, effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge et effectuer un suivi en

temps différé. Dans ce cadre, du « social » est quasi-systématiquement présent dans le premier temps de « diagnostic global », on en retrouve aussi dans la mise en œuvre et le suivi. Par contre il y est moins fait mention au niveau de l'élaboration du « projet d'intervention négocié avec le patient ». Certes il est question de « dialogue avec le patient », mais l'accent est mis sur son information concernant les données de la science, à confronter à ses « préférences » dans une logique de choix plus que de discussion et de négociations des données elles-mêmes.

Un problème de cette « approche globale » du patient est de savoir ce qu'elle contient réellement. Dans les textes sus-cités, l'appui sur les sciences humaines *et* sociales tend à privilégier les premières aux secondes. L'articulation se fait le plus souvent autour de la relation médecin-patient, en privilégiant une approche par la psychologie ou les sciences de la communication que sur l'aspect sociologique.

... et collectif

Une médecine « pivot » du système de soins

La construction de la spécialité s'est faite sur la revendication d'une approche globale mais aussi sur la place de la médecine générale dans le système de santé. En comparaison d'autres pays, la France ne possède pas une approche structurée des soins de premiers recours, ce sur quoi vont s'appuyer les promoteurs de cette spécialité en devenir. Ainsi, Géraldine Bloy considère que, pour donner une définition et un champ à leur discipline, les médecins généralistes ont plus œuvré à un niveau politique que sur la définition d'une nouvelle segmentation des activités médicales. Ils ont ainsi alimenté la réflexion « sur une autre organisation possible de la médecine générale et sur d'autres modes de prise en charge des problèmes de santé des populations », aboutissant à « une organisation du système sanitaire de soins qui donnerait à la médecine générale une place centrale » (Bloy 2010b, p. 36). Ceci peut être illustré par la création de MG France, à la fin des années 1980. Ce syndicat spécifique de médecin généraliste se constitue notamment pour lutter contre la dévalorisation de leur métier, dans une « logique professionnelle d'affirmation de la spécificité de la médecine générale » (Hassenteufel 2010). Ce syndicat propre aux médecins généralistes se positionnera en porte-à-faux par rapport aux syndicats traditionnels polycatégoriels. Celui-ci puis d'autres vont militer pour une modification de la convention avec l'assurance maladie ne comportant plus seulement une dimension

tarifaire, mais aussi l'engagement sur des critères de qualité et la notion de missions de santé publique nécessitant d'autres formes de rémunération que le paiement à l'acte (Buscail 2008). L'option « médecin référent » verra le jour dans la convention de 1998. Un clivage s'installe et s'accroît entre des syndicats de médecine générale favorables à une revalorisation de la place de leur spécialité en contrepartie d'une régulation par l'État et l'assurance maladie, et des syndicats polycatégoriels soucieux de préserver une autonomie professionnelle sur le modèle libéral traditionnel (Sarradon-Eck 2010). Cette option facultative médecin référent ne jouira cependant pas d'un franc succès, adoptée seulement par un médecin libéral sur dix. Elle est remplacée dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, par le « médecin traitant » instaurant pour tous les patients la notion de parcours de soin. Ceci sera entériné par la convention de 2005, à laquelle s'opposera MG France considérant cette nouvelle modalité comme une régression. Le texte laisse en effet la possibilité à tous les médecins, généralistes ou spécialistes et quel que soit leur lieu d'exercice, d'être médecin de premier recours, niant ce qu'ils considèrent être une spécificité de la médecine générale. Cependant, ce nouveau contrat sera beaucoup plus rapidement généralisé puisque le respect de ce parcours de soin conditionne le bon remboursement du patient. Et dans les faits, le médecin traitant, considéré comme la porte d'entrée du système de soin, est dans la très grande majorité des cas un médecin généraliste. Ces réformes, en créant le parcours de soin et en contraignant en partie les patients à s'y conformer ont mis la médecine générale en première ligne du système de soin.

Ces modifications de la place de la médecine générale comme premier recours du système de soin s'accompagnent de davantage de régulations de la profession. On peut noter au cours de cette évolution une diminution progressive de l'importance de la gestion paritaire conventionnelle sur la régulation de la profession médicale au profit de l'État. Les derniers faits marquants sont en effet liés à des législations, entérinées seulement en second lieu par la convention. D'une question d'expertise professionnelle, on est passé à un problème public et à « une repolitisation de l'offre de soins de premier recours » (Schweyer 2010, p. 396), non pas au sens du débat public mais d'une étatisation de ces questions, comme nous l'avons vu précédemment. Dans les années 1980, la crise économique va inciter l'État à reprendre en partie la main sur le fonctionnement du système de santé. Et à partir des années 1990, plusieurs formes de régulation de la profession apparaissent sous l'impulsion des pouvoirs publics et de l'assurance maladie. Ces

évolutions peuvent être décrites selon trois logiques dans le but d'une meilleure organisation des soins (Benamouzig 2010).

En premier lieu sont mises en place des recommandations visant à promouvoir certaines pratiques et à éviter celles jugées inutiles ou dangereuses. Celles-ci sont élaborées par différentes institutions créées dans les années 1990, en particulier le Haut conseil de la santé publique (HCSP) et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)¹⁴, ou par l'assurance maladie elle-même. Il en est ainsi par exemple des « références médicales opposables » (RMO), rédigées en 1994, qui mettent le doigt sur le caractère inadapté de certaines pratiques courantes. Ces changements ont contribué à promouvoir l'intérêt de la santé publique auprès des médecins généralistes, notamment l'idée de l'utilité de recommandations professionnelles établies par des agences indépendantes. Cependant ces préconisations n'étant en aucun cas contraignantes, elles restent tributaires de la motivation personnelle de chacun, et l'investissement des médecins généralistes dans le champ de la santé publique ne concernait qu'une minorité de praticiens, posant la question de l'efficacité de ces actions (Paraponaris 2007).

La deuxième étape a été l'introduction tout à la fois de la notion de parcours et de coordination des soins. Nous en avons déjà parlé comme d'une revendication des promoteurs de la médecine générale, je n'y reviendrai pas.

Le dernier aspect est celui de contrats ouvrant droit à une rémunération forfaitaire, en dehors du paiement à l'acte, en contrepartie du respect de certaines procédures ou recommandations. Ceci fut inauguré par les « contrats de santé publique » (CSP) en 2003, puis les « contrats d'amélioration des pratiques individuelles » (CAPI) en 2009. Ces derniers promeuvent le principe d'un paiement à la performance, sous la forme d'un forfait, en complément de la rémunération à l'acte. Ce principe a ensuite été intégré dans la convention signée le 26 juillet 2011 sous le terme de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), et dont l'application a été généralisée en janvier 2012. Ces dispositifs ont été globalement acceptés par les médecins généralistes même s'ils ont suscité de nombreux débats, notamment sur l'autonomie professionnelle, le niveau de rémunération, le risque de modification de la relation avec les patients, etc. Six mois après l'introduction du CAPI, contrat facultatif, près du tiers de la population cible de médecin y avait adhéré (Saint-Lary, Plu et Naiditch 2011). Il y a cependant eu un changement de stratégie des politiques publiques pour la ROSP, avec une inversion du principe d'action. D'une acceptation active des CAPI par les médecins en faisant la demande, la logique s'est

¹⁴ Devenue ensuite Haute autorité de santé (HAS) en 2004.

orientée vers une acceptation par défaut dans le cadre conventionnel et la nécessité, en cas de refus, d'en faire expressément la requête. Le paiement à la performance devient ainsi la norme et, selon une étude de la DREES, seulement 5 % des médecins ont explicitement refusé la ROSP (Massin et al. 2014). Cette incitation est renforcée par le fait que ce dispositif devient le seul moyen pour les médecins d'augmenter sensiblement leur rémunération, le tarif des actes étant bloqué.

On peut voir cette évolution comme une demande de plus en plus prégnante d'intégration de la santé publique dans l'activité de médecine générale. Demande en partie acceptée par les médecins si on l'évalue au regard de l'acceptation, ou du faible refus, de ces dispositifs et du jugement « plutôt positif » des critères du CAPI, même chez les médecins n'y ayant pas adhéré, les refus portant sur d'autres considérations que la valeur intrinsèque de ces derniers (Saint-Lary, Plu et Naiditch 2011).

Les missions de santé publique de la médecine générale

Dès les premières définitions de la médecine générale, des éléments de santé publique peuvent être retrouvés. Ainsi, dans la définition de la WONCA déjà évoquée, deux des onze caractéristiques de la discipline y font référence. Le neuvième parle de favoriser « la promotion et l'éducation pour la santé » et la suivante énonce plus directement une « responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ». Le CNGE, reprenant cette ligne, fait de même. Si l'on pense à certains actes comme la vaccination, le dépistage ou l'éducation à la santé, on voit que les médecins généralistes ont depuis longtemps des activités se rapprochant de la santé publique.

Le développement de la santé publique en France dans les années 1990 a concouru à renforcer ce lien, et on peut mettre en parallèle l'évolution de la médecine générale et de la santé publique. C'est également dans les années 1990, alors que la médecine générale commençait à se construire en tant que spécialité, que le Haut comité de la santé publique (HCSP) et la Conférence nationale de santé ont été créés, avec pour mission de faire un état des lieux de la situation sanitaire française et de proposer des priorités de santé publique. Divers plans nationaux ont suivis, de même que la création de l'INPES. Ces évolutions, ainsi que les modifications de la convention déjà évoquées, ont contribué à promouvoir l'intérêt de la santé publique auprès des médecins généralistes. Cependant, jusque-là, l'investissement de chacun restait étroitement lié à sa motivation personnelle, et ne concernait qu'une minorité de praticiens, le mode d'activité libéral étant vu comme un frein à ce développement (Paraponaris 2007). En 2004, avec la création du parcours de

soin et l'institutionnalisation du médecin traitant comme porte d'entrée du système de soins, le HCSP considère que « les médecins généralistes ont fondamentalement changé de responsabilité depuis la désignation officielle du médecin traitant. Ils ont désormais en charge des listes de patients et non plus une clientèle de patients qui les consultent » (HCSP 2009a). Ainsi, les organismes de santé publique commencent à investir les généralistes d'un rôle central d'acteur de santé publique, considérant qu'il jouit d'une place privilégiée, au plus proche de ses patients et « pouvant assurer le lien entre l'individuel et le collectif » (Bourdillon, Mosnier et Godard 2008, p. 490), pour servir d'intermédiaire entre la santé publique et la population.

Ces demandes se matérialisent en 2009 dans la loi dite HPST¹⁵ qui donne pour la première fois une véritable définition de ce que sont les « missions du médecin généraliste de premier recours », reprenant plusieurs éléments que nous venons d'évoquer et contribuant à lui donner une place de pivot du système de soins sur lequel la santé publique pourra s'appuyer. Le premier point donne entre autres pour mission au médecin généraliste de contribuer à la prévention, au dépistage et à l'éducation thérapeutique de ses patients, ce qui est rappelé au sixième point en requérant une contribution aux actions de prévention et de dépistage. À cela, il précise au début que « cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux », fissurant un peu plus le modèle libéral de la médecine générale. Les deux points suivant, ainsi que le cinquième, placent la profession au cœur du système de soins par des missions d'orientation et de coordination, mais aussi un travail de « synthèse des informations » des autres professionnels de santé. Le quatrième point souligne l'aspect d'interface entre individuel et collectif en sollicitant une « application *individualisée* des protocoles et recommandations¹⁶ ». Enfin, les deux derniers points replacent la médecine générale dans un objectif de « mission de service public » à la fois par la permanence des soins, mais aussi, ce qui est nouveau, par la contribution « à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales ». On voit par là que l'État, profitant sans doute de ce besoin de (re)construction de la médecine générale, entend reprendre en partie la main sur cette profession d'origine libérale.

15 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR : SASX0822640L).

16 C'est moi qui souligne.

Cette utilisation de la médecine générale comme effecteur des politiques de santé publique doit cependant être contrebalancée par certaines pratiques opposées à cette logique. Si le généraliste est depuis longtemps le bras armé des recommandations vaccinales établies par le HCSP, il est étonnant de constater que la gestion de la crise sanitaire de la grippe A (H1N1) en 2009 se soit faite sans le médecin généraliste (Tabuteau 2010). Des structures *ad hoc* ont été mises en place, notamment pour la vaccination, qui n'ont d'ailleurs pas répondu aux attentes des responsables de santé publique. Cette mise à l'écart des généralistes a d'ailleurs été regrettée par plusieurs d'entre eux comme en atteste l'article Jean Godard (2009), membre actif du syndicat MG France. Elle peut sans doute être expliquée par la recherche par les institutions de santé publique de simples effecteurs des recommandations alors que les représentants de la médecine générale revendiquent une autonomie du contenu de la profession et une expertise propre. Le CNGE a ainsi mis en cause à cette occasion les recommandations de la Direction générale de la santé concernant le traitement des cas supposés de grippe dans un communiqué de presse, proposant ses propres avis (CNGE 2009a).

S'il existe une volonté d'intégrer des missions de santé publique à la médecine générale, force est de constater que le dialogue n'est pas encore tout à fait serein. Ce qui fait dire à Didier Tabuteau que « deux siècles après la création des officiers de santé, les relations entre l'État et les médecins ne sont, à l'évidence, pas parvenues à maturité... » (Tabuteau 2010, p. 109).

Rencontre avec les inégalités sociales de santé

Faire de la médecine générale un acteur important des politiques de santé publique, c'est aussi lui donner les priorités de celle-ci. Or, nous l'avons vu, les inégalités sociales de santé en font partie. Il était donc inévitable que la médecine générale rencontre le débat autour des inégalités sociales de santé et se positionne dans cette lutte.

Une place (presque) idéale

La "nouvelle" fonction de porte d'entrée du système de soins, à la fois donnée par l'État et revendiquée par la profession, devrait mettre la médecine générale à une place incontournable dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. En étant le médecin de

premier recours tout le monde est censé passer par lui, au moins pour les soins courants, c'est-à-dire hors urgences. Nous avons vu précédemment qu'il est le médecin de ville pour lequel il y a le moins de renoncement à consulter. On pourrait donc supposer qu'il voit une grande partie de la population, toutes catégories sociales confondues.

Cependant, si l'on regarde dans le détail, il apparaît que ce passage inévitable par la médecine générale n'est pas vrai pour tout le monde. D'abord, les plus précaires, qui n'ont par exemple pas de couverture maladie, se tourneront plus facilement vers des centres de soins hospitaliers, parfois spécialisés comme les PASS ou plus généraux comme les services d'accueil des urgences. Ils y trouveront à la fois des soins apparaissant comme gratuits, à comparer avec les 23 € du paiement à l'acte, et un "plateau technique" médico-social absent de la médecine de ville. Ainsi, pour les médecins travaillant dans de tels centres, « l'organisation des soins primaires au travers de la médecine générale libérale ne peut plus répondre aux besoins des patients en précarité » (Cha et Lebas 2012, p. 121). La médecine générale, oui, mais pas en libéral. Ensuite en haut de la hiérarchie sociale. Nous avons vu également que la distribution des consultations varie selon la catégorie sociale du patient. Les plus favorisés, consultant plus fréquemment des médecins spécialistes, parfois sans passer par un généraliste.

Entre autres arguments pour rapprocher médecine générale et inégalités sociales de santé, on peut aussi considérer ces praticiens comme proches de la population. Proximité physique de par sa distribution géographique, mais aussi sociale. « L'image du médecin de famille est encore prégnante, incarnant le modèle type idéal. Le médecin généraliste quand il reste simple incarne un intermédiaire entre la classe dominante et les classes populaires. Il constitue un médiateur entre deux mondes sociaux » (Desprès 2012, p. 150). Pour les auteurs du CNGE, c'est même vrai pour l'accompagnement des plus pauvres, puisque « le médecin généraliste reste un des professionnels en lequel les populations exclues mettent le plus d'espoir pour sortir de la précarité », et cela tombe bien pour eux, car « les ressources et la dimension biopsychosociale de la médecine générale légitiment cet espoir » (CNGE 2009b, p. 165). Médiateur, il l'est aussi entre la santé publique et la population, à l'interface entre une approche individuelle proche de la population, et les recommandations de santé publique ou les données de la science.

Lutter en médecine générale contre les inégalités sociales de santé

Du fait de cette « position de témoin privilégié » du médecin généraliste vis-à-vis des inégalités sociales de santé, « il pourrait aussi être un acteur important du système de santé dans l'objectif de les diminuer » (Flores et Falcoff 2004, p. 2264). Ce constat semble partagé par les institutions de santé publique comme par celles de la profession, qui se sont prononcés sur le rôle de la médecine générale dans cette lutte. Les actions possibles du médecin généraliste ont été peu évaluées dans ce but, d'autant moins qu'il existe une certaine spécificité française à l'organisation du système de soins primaire sous la forme d'une profession libérale avec un paiement à l'acte. Une revue de littérature a fait récemment le point sur cette question (Bourgueil et al. 2012). La plupart des études en soins primaires concernent soit l'accessibilité, soit des mesures de prévention visant des populations particulières. Mais dans ce dernier cas, si « les interventions en face à face sont préférables aux campagnes de masse » (*Ibid.*, p. 4), elles intéressent rarement les seuls médecins mais plutôt des équipes pluridisciplinaires. Ce qui fait dire au final à ces auteurs que « le rôle joué par les médecins de soins primaires dans la prévention n'apparaît pas clairement dans la littérature » (*Ibid.*, p. 5). Cette méconnaissance des actions les plus efficaces n'empêche évidemment pas de proposer des axes de réflexion et d'action.

Les inégalités sociales de santé, peu présentes jusque-là dans les débats professionnels, tendent à trouver une place dans les discours des promoteurs de la médecine générale. On observe une institutionnalisation de cette question, passant d'abord par des articles de médecins enseignants dans des revues de médecine générale (Flores et Falcoff 2004) ou dans le manuel de ces enseignants (CNGE 2009b). Se poursuivant par la participation de ces mêmes acteurs dans des rapports d'institutions publiques comme l'INPES (Falcoff 2010), jusqu'à des recommandations du Collège de la médecine générale (CMG 2014; INPES et CMG 2014), organe créé en 2010 à l'initiative des syndicats représentatifs de médecine générale et des sociétés scientifiques de médecine générale reconnues par la profession. En passant également par la tenue d'un colloque à destination des professionnels (MG France 2013), ce dernier ayant été organisé en juin 2013 par MG France, syndicat militant pour la construction de la médecine générale en tant que spécialité à part entière. L'étude des discours de la profession vis-à-vis des inégalités sociales de santé reflète en effet les questionnements soulevés par la construction de cette spécialité.

Renforcer une place de coordonnateur

Un premier propos renvoie à l'organisation des soins. Si le médecin généraliste joue le rôle de *gate keeper*, il doit travailler en coordination avec les autres acteurs de santé, mais aussi avec ceux du social. Pour cela, il est nécessaire que le praticien ait « un bon carnet d'adresses » et au-delà « de connaître les intervenants et leur manière de travailler » (Falcoff 2010, p. 202), ce qui tient notamment compte pour les spécialistes de leur secteur d'activité et d'éventuels dépassements d'honoraire. On aborde ainsi l'idée d'un accompagnement pluridisciplinaire, dépassant le seul colloque singulier, qui peut prendre la forme du *disease management*. Du côté des « acteurs du social », plusieurs exemples de « coopérations » sont présentés durant le colloque de MG France avec des éducateurs, des « travailleurs sociaux », des associations, administrations, etc. (MG France 2013).

Assumer un rôle de santé publique

De nombreux conseils sont à rattacher à une vision de santé publique, en cela qu'ils utilisent les mêmes catégories et les mêmes principes d'action. Il s'agit d'abord d'« identifier les patients socialement désavantagés » (Flores et Falcoff 2004, p. 2264) et pour cela il faut utiliser les catégories ayant fait la démonstration de leurs preuves en épidémiologie sociale. Le Collège de la médecine générale a ainsi établi une recommandation visant à répondre à la question « pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? ». Il a retenu sept « informations indispensables : la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, l'assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du patient » (CMG 2014, p. 12). Les auteurs proposent trois niveaux d'utilisation de ces données, que l'on retrouve sous divers aspects dans les autres textes.

Le premier envisage une adaptation individuelle des pratiques, à la lumière de ces nouvelles connaissances, dans le but d'« améliorer la qualité des soins ». Deux stades de la consultation sont concernés. D'une part le diagnostic, puisque ces données sont autant de « facteurs de risque » potentiels au même titre que d'autres pour l'épidémiologie. « Le médecin pourrait penser à dépister plus systématiquement la maladie coronarienne chez les ouvriers (dont on sait qu'ils ont un sur-risque cardio-vasculaire), ou à être plus systématique sur la date du dernier frottis chez les patientes ayant un emploi non qualifié (dont on sait qu'elles sont moins bien dépistées) » (*Ibid.*, p. 17). D'autre part la

thérapeutique, la prévention et les explications données peuvent être adaptées en fonction des capacités du patient en termes financiers (assurance maladie) et cognitifs (compréhension). Dans le premier cas, cela complète l'idée précédente de *gate keeper*, dans le but d'une « meilleure évolution du patient au sein du système de santé » (INPES et CMG 2014). Dans le second, la « prise en charge de la santé des populations précarisées » s'intègre dans une vision hiérarchique des compétences. Plutôt que d'appréhender les individus en considérant qu'ils ont une culture différente de celle des médecins, ils apparaissent plutôt comme ayant un manque de culture. Sont notamment évoqués des « représentations partielles ou inexactes de la santé et du corps » (CNGE 2009b, p. 161) ou le fait qu'il faut « s'appuyer sur toutes [les] compétences [de la personne], si minimales soient-elles » (*Ibid.*, p. 163).

Le recueil de ces informations permet également une utilisation au niveau de l'ensemble de la patientèle. Celle-ci, « caractérisée au niveau social peut permettre au médecin d'envisager des actions répondant à des besoins spécifiques de cette patientèle » (CMG 2014, p. 17). On applique les principes de la santé publique non pas à l'échelle d'un pays mais de l'activité d'un médecin. Peuvent ainsi être envisagées des actions ciblées, mais aussi une auto-évaluation de ses pratiques par le médecin. Le médecin peut « concentrer ses efforts dans les groupes de patients socialement désavantagés », à travers des « objectifs de santé pertinents » et ensuite « évaluer les résultats de cette action » (Flores et Falcoff 2004, p. 2264-2266). Cette démarche de santé publique fait nécessairement se poser les mêmes questions de méthode : « Faut-il intervenir de manière universelle ou ciblée ? ». Suivant la remarque d'Amartya Sen à propos d'une éventuelle différence de traitement des hommes et des femmes, Hubert Falcoff estime qu'« on imagine mal un médecin intervenir chez certains patients et pas chez d'autres en faisant le tri sur un critère social » (Falcoff 2010, p. 201). Une solution réside justement dans l'analyse susdite de la patientèle, en ciblant non pas les personnes mais des problèmes de santé. On vise ainsi une action prioritaire sur des pathologies qui intéressent principalement ces mêmes personnes. La discrimination positive ne porte pas sur les individus, avec les questions éthiques que cela soulève, mais sur les pathologies.

Le dernier niveau est encore plus large. Il ne concerne pas directement les patients du médecin en question, mais l'amélioration générale des inégalités sociales de santé. « Avoir ces informations systématiques sur la situation sociale ouvre le champ à de nombreuses possibilités d'exploitation à l'échelle populationnelle, dans le cadre de travaux de recherche, d'évaluation et d'intervention en santé publique » (CMG 2014, p. 17-18). Ces

données intéressent les divers organismes de recherche, mais aussi la profession pour mener ses propres recherches. Le développement de la spécialité médecine générale demande un engagement universitaire qui se traduit par de l'enseignement mais aussi de la recherche en soins primaires, largement déficitaire en France par rapport à d'autres pays. On peut imputer ce déficit au moins en partie à l'organisation antérieure de la profession (Levasseur et Schweyer 2003). L'universitarisation de la médecine générale a ainsi permis une multiplication des thèses traitant de la médecine générale, avec une part importante ayant trait à la santé publique, et notamment aux inégalités sociales de santé. Entre 2010 et 2013, j'ai ainsi recensé une quinzaine de thèses d'exercice de médecine générale évoquant les inégalités sociales de santé dans leur résumé, contre moins d'une par an antérieurement. Ces connaissances nouvelles peuvent aussi servir de levier pour « plaider en faveur des patients désavantagés », dénoncer ce que l'on observe (Flores et Falcoff 2004, p. 2266). Ce savoir donne une forme de responsabilité au médecin. Les auteurs du CNGE rapportent à plusieurs reprises un rôle du médecin en tant que citoyen, dont on peut se demander si l'on est encore dans les limites du cadre strictement professionnel. La conclusion de la partie consacrée aux patients en difficultés sociales du premier ouvrage énonce clairement que « c'est en tant que citoyen que le médecin peut avoir une action sur les causes des difficultés sociales » (CNGE et al. 1996, p. 81). Et de même, la dernière édition parle de « la nécessité d'interpellation de la société devant les situations de non-droits » et de « l'inclusion de la démarche soignante dans une démarche citoyenne de lutte contre l'exclusion » (CNGE 2009b, p. 164).

Adapter le colloque singulier

Une proposition différente est d'aménager le colloque singulier dont on a vu que la théorie porte surtout sur des aspects psychologique et de communication. Il s'agit de laisser des éléments sociaux y prendre place. Deux types d'interventions sont proposées par Hector Falcoff pour aboutir à une « modification du déroulement des consultations » (Falcoff 2010, p. 198). La première vise à rendre plus actifs les acteurs dans le cas d'une consultation avec une personne défavorisée. Cet objectif concerne à la fois le patient et le médecin, dont on sait qu'ils sont moins actifs dans ces situations, et est renforcé par l'idée qu'une plus grande participation du patient est bénéfique sur le plan quantitatif et qualitatif (Fournier et Kerzanet 2007). Une possibilité est alors de favoriser le dialogue en faisant remplir un questionnaire au patient avant la consultation et d'en discuter avec le médecin au décours. Probablement en lien avec cette interaction, la durée des

consultations est plus courte dans les classes sociales basses que dans les classes élevées, et il y a des raisons de penser que cela peut jouer sur la qualité des soins (Falcoff 2010). Pourquoi alors ne pas porter attention à ce phénomène pour y remédier ?

Cette interaction peut aussi être transformée par l'approche d'un médecin ne cherchant pas nécessairement à « éduquer » les patients mais aussi à apprendre d'eux. C'est sous forme de questions qu'Agnes Gianotti, médecin généraliste, avance cette hypothèse : « N'est-ce pas à nous, médecins, d'apprendre de nos patients ? De nous adapter à leurs contraintes, à leur mode de vie ; de comprendre l'image qu'ils se font de leur maladie, de leurs traitements ; de répondre à leur préoccupation première même si elle est différente de la nôtre ? La démarche intellectuelle demande à chacun de faire un pas vers l'autre » (MG France 2013). Ce qui est proposé sort de la logique de santé publique et d'indicateurs définis par l'épidémiologie, dans le but d'« améliorer chaque colloque singulier » par la prise en compte d'un social individualisé à chaque patient. Le social n'est plus nécessairement vu comme un « obstacle », mais comme un élément permettant la construction d'un accompagnement.

La technique au secours de l'équité

Un dernier élément est à signaler au sein de toutes ces recommandations, c'est l'usage de l'ordinateur et des logiciels médicaux. L'informatisation du dossier médical s'est largement diffusée ces dernières années (CNOM 2005). Cela permet de nouvelles possibilités ou facilitations en comparaison du dossier papier, notamment en ce qui concerne les inégalités sociales de santé. On rejoint ainsi les problématiques précédentes en notant que les recommandations du CMG concernant le recueil de la situation sociale du patient s'adressent certes aux médecins généralistes mais aussi aux « éditeurs de logiciel métier » dans un chapitre spécifique (CMG 2014, p. 18-19). Une première optique est que le médecin ait ces données à disposition, tout comme il les aurait eu avec un dossier papier. À cela, l'outil informatique ajoute une facilité de traitement des données à des fins d'analyse statistique, là encore dans une entreprise de développement de la recherche et de l'autoévaluation du médecin.

Mais c'est un autre aspect qui m'intéresse plus particulièrement. Il existe des procédures de « rappels » destinés aux médecins ou aux patients et destinés à palier les oublis des uns et des autres. Pour le médecin, cela peut être lié à la périodicité d'un examen de prévention avec un rappel automatisé quand le moment de réaliser la procédure approche. Or, une

revue de la littérature¹⁷ a montré que « les rappels automatiques constituent l'intervention la plus régulièrement efficace pour les soins protocolisés et la prévention » en ce qui concerne les minorités ethniques (Falcoff et al. 2008, p. 197-198). Et cet auteur de conseiller tout naturellement aux médecins informatisés d'appliquer cette méthode. Cet exemple est intéressant dans le sens où l'on peut le décrire, à la manière de Bruno Latour (1993b), comme une forme de transfert de la morale du médecin vers la machine. Le praticien, n'arrivant pas rester suffisamment moral dans ses actes, donne cette charge à son logiciel. Celui-ci sera chargé de lui rappeler qu'il est temps, par exemple, de refaire le frottis cervico-utérin d'une patiente qui ne le lui rappelle pas, ce dont il ne se souvient pas non plus.

17 (Beach et al. 2006)

SECONDE PARTIE

CLINIQUE DES INÉGALITÉS

CHAPITRE I

CE QUE LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FAIT AU SOCIAL

I. LES OPÉRATIONS DE CLASSEMENT DES MÉDECINS

Les informations notées dans un dossier médical

La médecine générale revendique une approche globale, une approche du patient « dans son environnement ». Au-delà de la théorie et des recommandations en la matière, il est intéressant d'utiliser les dossiers médicaux comme réceptacle pratique de cette action et de voir quels sont les éléments de l'« environnement » du patient notés par les médecins. Plusieurs arguments incitent à utiliser les pratiques d'écritures comme reflets des réflexions des professionnels et une simple observation des dossiers montre des disparités dans leur utilisation évoquant différents fonctionnements.

Les rapports à l'écrit du médecin généraliste

De manière générale, les pratiques de langage sont indissociables des pratiques sociales ; « elles sont d'emblée dans toute activité humaine, dans toute forme de vie sociale » (Lahire 1990, p. 266). Une première façon d'étudier le langage est de chercher quand et comment il est utilisé, c'est-à-dire son contexte d'application. La réponse à cette question permet d'éprouver les représentations, le cadre de pensée des usagers. Mais le langage participe aussi de notre construction, c'est une mise en ordre du monde. Il est « ce qui permet aux liens sociaux d'exister comme tels et ce par quoi les êtres sociaux forment leurs rapports au monde » (*Ibid.*, p. 268). L'écriture a dans ce cadre une place particulière. On ne peut la considérer comme un simple moyen de communication et la réduire uniquement à un double de la parole ou une technologie de communication. Elle dit

quelque chose de spécifique concernant notre manière de construire et de penser le monde. Et, dans le cas qui nous intéresse de la pratique médicale, ce que le médecin note dans le dossier médical dit quelque chose de son mode de pensée et, plus largement, de celui de la profession.

Le dossier médical du patient est obligatoire depuis 1991, même s'il existe depuis bien plus longtemps. Il est un outil de suivi pour le médecin, permettant d'archiver à la fois ses actions et des éléments extérieurs (examens complémentaires ou courriers, par exemple). L'informatisation a élargi son champ d'application en en faisant également un outil de rappel de certains événements ou d'aide à la prescription. Par ailleurs, il peut aussi être considéré comme une pièce juridique en cas de plainte, servant alors à mettre en évidence ce qu'a fait (ou pas) le médecin à travers ce qu'il a noté. À la vue de ces différents éléments, le dossier est un élément important de la pratique médicale, il comporte des indices à la fois sur la manière dont un médecin accompagne son patient mais aussi sur sa conception de ce qu'est la médecine.

En plus de cet aspect légal, le dossier du patient sert également d'outil de communication avec d'autres acteurs que le médecin lui-même. En premier lieu, cela peut être le patient puisqu'il a accès à son dossier depuis la loi du 4 mars 2002 qui donne au patient le droit d'y accéder¹⁸. En pratique ce n'est cependant pas l'usage le plus fréquent. Il arrive plus fréquemment que le médecin partage le contenu avec d'autres médecins. C'est en particulier le cas pour les médecins travaillant dans un même cabinet où les dossiers sont le plus souvent partagés en réseau. Les quatre médecins ayant fait l'objet d'une observation sont dans cette situation, mais ce n'est pas pour autant que leurs pratiques sont similaires. Une première raison en est que même s'ils travaillent dans le même cabinet, la patientèle de chaque médecin est bien séparée de celle de ses associés. Une seule de ces médecins, Magali, a une pratique plus collective en ce sens, puisqu'elle travaille à mi-temps avec un autre médecin, dans le même bureau. Cependant chacun de ces médecins est amené à se faire remplacer, par exemple le temps de congés, le dossier du patient servant alors de relais d'information entre les praticiens.

Par ailleurs, si une réglementation et des recommandations précises existent pour les établissements de santé, c'est rarement le cas pour les professionnels libéraux. La HAS réalise bien une certification des logiciels médicaux, mais elle se concentre spécifiquement

¹⁸ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner (NOR : MESX0100092L).

sur l'aide à la prescription, et les recommandations du Collège de la médecine générale, décrites précédemment, sont trop récentes pour avoir un effet de modification des comportements. Le contenu dépend donc largement de pratiques individuelles, c'est-à-dire de l'appropriation et de l'utilisation de chaque professionnel.

Les quatre médecins dont les dossiers ont été observés utilisent le même logiciel médical, à savoir Axisanté, dont une de ceux-ci dans une version plus récente que les autres. Celui-ci présente des caractéristiques communes à la plupart des autres logiciels. Il est organisé selon la règle d'un dossier par patient, dont l'ouverture fait apparaître une vue d'ensemble comportant plusieurs panneaux (Illustration II). Le premier est un « volet administratif » qui contient les données d'état civil du patient (nom, sexe, date de naissance) qui sont systématiquement notés puisque rendus obligatoire par le logiciel, et divers autres éléments dont la présence est plus variable. Parmi ceux-là, on trouve notamment la profession, l'adresse, les identifiants de l'assurance maladie, mais aussi le poids et la taille. Au-dessous est placé un « volet médical » qui est constitué des

Date	Motif
05.09.2012	Régul ordo
09.07.2012	Nette amélioration sous IPP
18.06.2012	Douleur épigastrique
15.06.2012	Visite : erythrose palmaire
08.06.2012	Surveillance pots chirurgicale V due
28.03.2012	Ordo pour infiltration de hanche
20.03.2012	Réexaminée : suspicion de lésion du cotylien (chondrale?)
09.03.2012	Douleur MI droit apparue 3 semaines après sa chute
08.02.2012	Chute accidentelle devant le polygone hier doit 10 euros

Suivi	Taille
08.06.2012	TAS 140
08.06.2012	TAD 80
12.10.2011	TAS 120
12.10.2011	TAD 70
17.06.2011	Poids 62
17.06.2011	Taille 155
17.06.2011	Température 37 °C

Illustration II : Vue générale du dossier d'une patiente

antécédents médicaux, des éventuels traitements en cours et peuvent y être ajoutés diverses informations, variables d'un médecin à l'autre. On trouve ensuite la liste des consultations, des examens complémentaires et des courriers, classés par défaut par ordre chronologique. La sélection d'un de ces éléments fait apparaître, en dessous de cette liste, le détail de chaque élément. Lorsque l'on édite une consultation ou une ordonnance, cette vue d'ensemble disparaît pour laisser la place à une nouvelle fenêtre qui peut comporter tout ou partie de ces éléments selon la configuration faite par le médecin. La fenêtre descriptive de chaque consultation est à son tour divisée et plusieurs volets : le ou les motifs de consultations, l'interrogatoire, l'examen clinique et la conclusion. Des éléments de suivis biométriques peuvent également être présents (Illustration 12). Cette description vaut surtout pour la version 4 du logiciel Axisanté. La suivante, utilisée par Anne-Élise, est un peu différente avec une organisation par onglets mais garde la même architecture générale et les divers volets présentés.

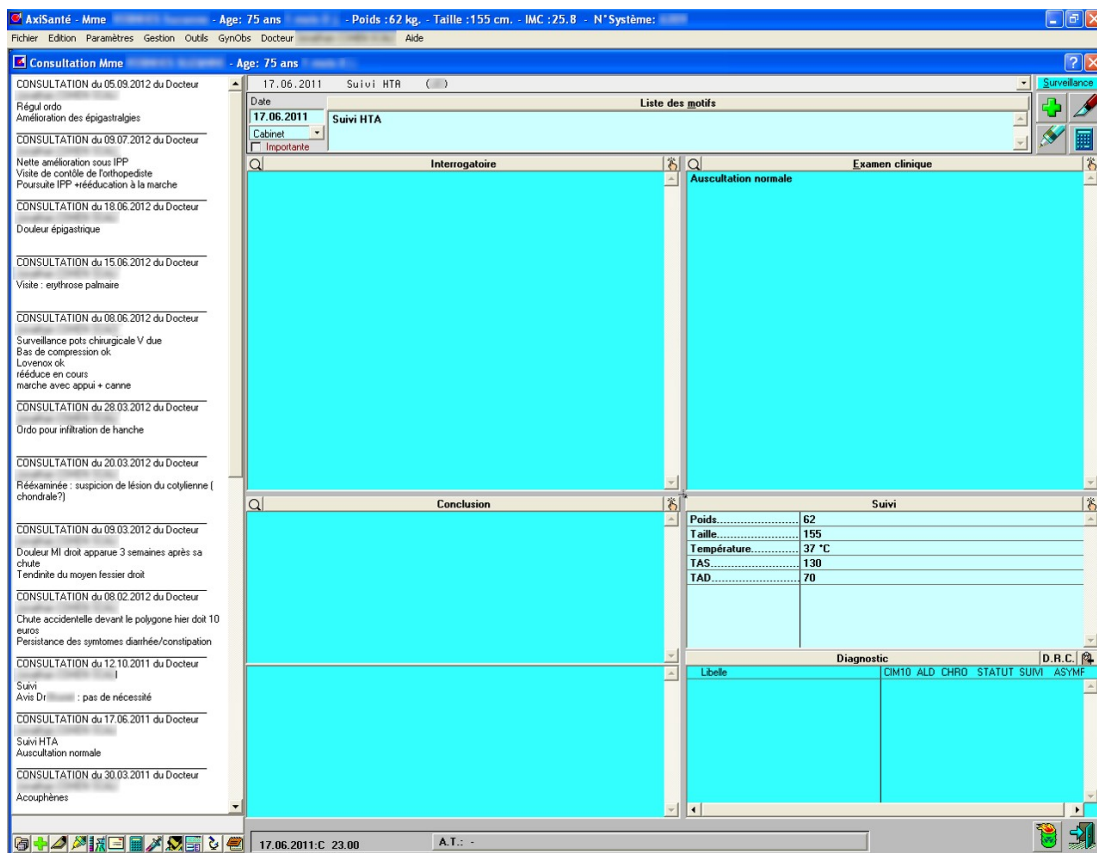


Illustration 12 : Vue d'une consultation du dossier d'une patiente

Deux de ces praticiens ont une utilisation limitée du logiciel pour ce qui concerne la partie descriptive de chaque consultation. Anne-Élise et Alain notent en quelques mots les éléments essentiels quasi-exclusivement au niveau d'un fin bandeau consacré, selon son appellation, au seul « motif de consultation ». Anne-Élise remplit alors une à deux lignes résumant la consultation. Les autres panneaux (interrogatoire, examen, conclusion) ne sont qu'exceptionnellement informés. Lors de notre rencontre, elle m'explique qu'elle ne voit pas le besoin de faire autrement puisque dans ce bandeau, elle « met tout : la plainte, l'examen vite fait, le résultat éventuellement ». De même, Alain utilise uniquement cette zone pour décrire les consultations dans un style cependant plus particulier puisque, à la différence de Anne-Élise, il ne rédige pas mais utilise des champs pré-remplis pouvant se limiter à la seule spécialité médicale dont il est question. Par exemple, pour un patient venant pour des problèmes de tension artérielle, il y a souvent noté « cardiologie », sans plus de précision. Il fait cela « par simplification, par organisation, par taylorisme ». Il n'existe fréquemment aucune précision sur l'examen clinique ou la mesure de la tension artérielle. Il se dit incapable d'écrire beaucoup comme un de ses collègues, pour lui il « faut que ce soit vite et bien fait ». Par contre, ce même médecin, informatisé depuis plusieurs années, a la particularité de beaucoup utiliser son logiciel pour la conservation des examens complémentaires et scanne lui-même de nombreux documents de manière assez exhaustive, là aussi pour des raisons d'« organisation ». Dans son cabinet, il fait référence pour ce qui est de la télétransmission des feuilles de soins électroniques ou de l'utilisation des formulaires administratifs dématérialisés de l'assurance maladie. Le dossier de ses patients est bien renseigné quant à leur situation administrative (médecin traitant, ALD ou CMU-C), leurs antécédents ou leur traitement.

En comparaison, les deux autres médecins utilisent l'ensemble des éléments du dossier médical et en particulier le descriptif de chaque consultation. Magali note régulièrement dans un « volet médical », outre les antécédents et le nom du médecin traitant, le mode de vie du patient : sport, alcool, tabac, vie en couple, etc. Pour chaque consultation, un motif est noté qui correspond au résultat de la consultation. L'interrogatoire et l'examen clinique sont fréquemment décrits, le plus souvent succinctement. Même si ce n'est probablement pas la seule raison, le fait qu'elle partage ses dossiers avec un autre médecin peut participer à expliquer cette pratique. Le dossier peut devenir un outil de communication entre ces médecins. David utilise également l'ensemble des « cases » du dossier à sa disposition même si c'est, comme Magali, de manière succincte. Par contre il précise plus fréquemment le statut du patient vis-à-vis de l'assurance maladie,

probablement en lien avec un taux important de patients bénéficiant d'un tiers-payant, cette fois comme Alain. On peut donc bien supposer que les éléments inscrits sont autant un outil de communication ou une preuve légale qu'un élément servant d'outil à une pratique.

Un exemple peut être pris pour illustrer ces différences, avec une pathologie donnant plus fréquemment lieu à des commentaires dans les dossiers médicaux, à savoir les symptômes anxieux et dépressifs. On retrouve un nombre très faible de lignes décrivant la situation pour Anne-Élise et Alain. Ce dernier note le plus fréquemment la simple indication « psychologie – psychiatrie » en guise d'explication. Plus de la moitié des dossiers de patients ayant présentés de tels symptômes n'ont aucune autre indication. Les quelques patients ayant fait l'objet d'une description plus étoffée de leur état ont consulté en moyenne beaucoup plus souvent que les autres. En comparaison, Magali n'a que trois patients, soit moins de 10 %, pour lesquels elle n'a rien noté dans le dossier dans la même situation. Si le nombre absolu de lignes écrites est corrélé avec le nombre de consultations, on observe tout de même plus fréquemment une description des symptômes chez des patients venus à peu de reprises. En plus de la description clinique des symptômes, ce médecin note régulièrement des éléments contextuels en lien avec les symptômes, le plus souvent en lien avec le travail (perte d'emploi, stress) ou la famille (séparation, difficulté de couple ou avec les enfants). Ces éléments ne sont jamais retrouvés dans les deux autres pathologies étudiées, conférant un statut particulier à ce qui relève de la psychiatrie. On peut par ailleurs remarquer que les trois patientes, qui ont eu un traitement ponctuel de ces symptômes, sont sans emploi pour deux d'entre elles et aide-ménagère pour la dernière. Alors qu'à l'inverse, pour les patients ayant une description plus longue de leur situation, on retrouve une plus grande mixité sociale avant notamment une infirmière et une comptable. Ceci permet déjà d'évoquer un lien entre caractéristiques sociales et activité médicale. La situation est un peu similaire avec David qui a, lui aussi, trois patients pour lesquels il n'a pas donné plus de précision qu'une prescription de psychotropes. Parmi eux, deux ont la CMU-C et un est un soudeur à la retraite.

(D)écrire le patient : stratégies de médecins

La profession et la situation familiale

La plupart des médecins interrogés disent demander régulièrement la profession de leurs patients quand ils les rencontrent. Si les médecins s'accordent dans une grande

majorité sur l'intérêt de demander la profession de leurs patients, on peut se poser la question de la régularité de cette pratique et de la manière de faire. Parmi ceux qui disent la demander, la plupart expliquent qu'ils le font lors de la première rencontre au début de la discussion. Cela fait partie des données d'état civil, avec le nom, le prénom, la date de naissance, ou l'adresse. Il s'agit alors littéralement de remplir les cases du dossier, informatisé le plus souvent. Comme le dit Danièle, « c'est prévu dans la fiche de début ». Cela va même parfois jusqu'à une inversion de la relation, jugée habituelle, de subordination de la machine à l'homme, puisque certains, comme Nicolas, expriment le fait qu'ils le font « ne serait-ce que parce que les logiciels médicaux le demandent ». L'informatique n'est plus ainsi un simple outil, au service d'une activité humaine, mais il formate cette activité et la transforme. C'est une idée chère à Bruno Latour de penser que les non-humains ne sont pas de simples intermédiaires mais de véritables médiateurs, c'est-à-dire porteurs d'une action propre (Latour 2005). Dans cette même logique, ce n'est pas un hasard que le seul médecin n'ayant pas de logiciel médical, soit également le seul à demander la profession de ses nouveaux patients volontairement en fin de consultation, si le patient ne l'a pas fait spontanément. Ce médecin, Paul, fait de même avec le nom ou la date de naissance : « à la fin de la consultation », parce que dit-il : « je veux pas les gêner, s'ils commencent pas à me brancher là-dessus » et que souvent « d'eux-mêmes ils le disent ».

On retrouve le déterminant informatique pour la situation familiale mais cette fois plus du point de vue de l'absence que de l'incitation. Contrairement à l'exemple précédent de la profession, il n'existe pas de « case » où noter cette information dans la plupart des dossiers médicaux informatisés. Et, pour Simone, c'est l'explication de sa moindre recherche de cette donnée :

« Je sais pourquoi je demande moins systématiquement : dans mon logiciel... Je pense que je demande systématiquement aussi parce que dans le logiciel, vous faites clac clac clac clac... Il y a "antécédents" et... Il y a pas marqué "marié/pas marié". [...] Je pense que si c'était clac clac clac... »

Sous-entendu, s'il y avait une case, ce serait noté. Mais il n'y en a pas... C'est également ce que fait remarquer Nicolas qui a cependant trouvé une parade en en créant une :

« Dans le logiciel, j'ai un petit endroit où je mets tout ça. Tous les trucs qui sont le... qui sont le patient, son identité, sa périphérie. [...] D'où il vient, de quelle région il vient, s'il y a des enfants dans le secteur, s'il y en a pas, s'il a été marié, pas marié... Des choses comme ça. Au fur et à mesure ça se rajoute. »

Cette extension ou ce détournement du logiciel est également décrit par Carine qui ajoute des informations dans l'état civil ou dans « un truc en rouge sur Hypermed¹⁹ où c'est marqué "important" » ; ou par Danièle qui a un logiciel composé par son mari informaticien et dans lequel elle lui a demandé que la première page puisse contenir toutes ces informations. Mais au final, la situation familiale des patients semble peu recherchée et encore moins fréquemment notée.

La machine ne semble cependant pas la seule explication à ce faible intérêt. Plusieurs médecins suggèrent noter cette information seulement si elle sort de l'ordinaire. Il y a donc en sous-entendu une (ou des) situation(s) normale(s) et d'autres qui ne le sont pas. Simone traduit bien cela : « Dans ma tête ils sont mariés, ils sont en couple. Sauf si c'est des gens jeunes, ou si on commence à entrer dans... quelqu'un qui est dépressif... » Il est ainsi des informations qui sont de l'ordre de l'implicite et qu'il n'est donc pas besoin de noter en dehors de circonstances bien particulières. Nous y reviendrons ultérieurement en prenant d'autres exemples.

Une médecin, Carine, reconnaît qu'elle ne demande pas systématiquement la profession de ses patients, même si elle considère cela comme « important ». Quand je lui demande pourquoi, elle me répond que « c'est matériel, pour raccourcir l'interrogatoire », et en rigole. Elle reprend, plus sérieusement, en complétant : « Voilà, des fois je ne prends pas le temps de leur poser la question. » Cette question du temps, loin d'être anodine, revient régulièrement dans toutes sortes de circonstances. Le médecin généraliste, profession libérale payée à l'acte, doit aussi gérer son temps. Arnaud la reprend à son compte, non pas cette fois au moment de demander son métier au patient mais quand il s'agit d'écrire cette donnée dans le dossier : « On a de quoi le noter, mais je ne veux pas perdre ce temps-là. Parce que, comme j'ai deux semaines de vacances par an, ça ne sert pas à grand monde », c'est-à-dire à un éventuel remplaçant. Autrement dit, cette donnée, voire d'autres informations notées dans le dossier, ne servirait que pour les autres. Lui, n'a que peu d'utilisation de ce qui est noté, il n'en a pas besoin. Tous les autres médecins affirment cependant noter cette information dans le dossier médical quand ils la connaissent.

On observe ainsi une certaine discordance entre ce qui est déclaré par les médecins interrogés et l'observation des dossiers médicaux d'autres médecins. On devrait en effet s'attendre à voir la case profession remplie sauf dans quelques exceptions : jamais pour les

¹⁹ Il s'agit du nom d'un logiciel médical.

rare médecins disant ne pas le faire, et de façon ponctuelle pour les médecins qui reconnaissent ne pas être systématique, en particulier quand il s'agit de patients de passage. Or l'observation montre que si Magali atteint environ 80 % de dossiers remplis sur ce point, on retombe rapidement à 66 % pour David, puis 30 et 26 % (respectivement Alain et Anne-Élise²⁰). Le principe de connaissance de la profession des patients doit souffrir de quelques accroc, à moins qu'ils n'aient une mémoire qui pallie ce manque. Ce n'est cependant pas le cas si l'on en croit une enquête, réalisée en Île-de-France en 2008-2009 (Casanova 2012), qui observe que les médecins connaissent de manière juste la dernière profession de leur patient dans seulement 54 % des cas, et qu'ils répondent en se trompant pour près d'un patient sur quatre. Ce résultat est d'autant plus marquant que l'étude a eu lieu pour des patients ayant le médecin interrogé pour médecin traitant. On retrouve parmi les facteurs associés à une bonne connaissance du métier du patient le fait d'avoir des consultations longues, soit supérieures à 20 minutes.

D'un point de vue plus précis, le statut vis-à-vis de l'emploi n'est pas uniformément décrit. Seuls 11 patients, sur un total de 494, sont notés « sans emploi », au « chômage » ou en invalidité, soit environ 2 %, dont une seule pour laquelle il est précisé le domaine d'activité antérieur ou recherché. Il s'agit d'une patiente de Magali, qui est la médecin rapportant l'immense majorité de ces situations. Il est étonnant de constater que parmi eux, aucun n'a la CMU-C et une seule l'AME. Parmi les bénéficiaires de ces assurances, on peut en effet présumer que la plupart ne travaillent pas, or ce n'est jamais précisé. La case reste vide pour presque tous les patients dans cette situation, excepté pour David qui remplit tout de même la profession (antérieure ou temps partiel, ce n'est pas précisé) pour la moitié de ces patients, Magali et Anne-Élise l'ayant chacune précisé pour un seul patient. Trois attitudes sont ainsi observées. La première consiste à ne pas ou peu faire référence à la profession quelle que soit la situation, c'est le cas d'Alain et d'Anne-Élise. Les deux suivantes s'y intéressent, une en donnant la priorité au statut vis-à-vis de l'emploi (Magali) et l'autre au type d'emploi effectué ou recherché (David).

L'enquête présentée par Ludovic Casanova a étudié la situation économique des patients indépendamment de leur profession. Elle révèle que, quand on la leur demande, un médecin sur dix dit qu'il ne sait pas, et ne donne pas de réponse, et environ quatre sur dix avancent une réponse erronée. Ainsi, seulement la moitié des médecins connaît

²⁰ Lorsque j'ai procédé à un entretien avec cette dernière, elle m'a précisé avoir beaucoup évolué sur ce point. Elle n'était installée que depuis deux ans au moment de l'observation, reprenant les dossiers d'un ancien médecin, et s'est attachée depuis à compléter les dossiers, en particulier des nouveaux patients.

cette information de façon pertinente. Ce résultat se rapproche de la connaissance de la profession avec la distinction notable d'un plus fort pourcentage de réponses erronées, l'étude ne précisant pas dans quels sens les erreurs sont commises, c'est-à-dire si elles sont sous ou surestimées.

Finalement, et alors que les médecins disent moins s'en préoccuper, leurs connaissances sont moins mauvaises concernant la « vie en couple » et l'existence d'un « réseau social ». Pour ces éléments, les médecins donnent une réponse juste dans deux tiers à trois quarts des cas et font erreur environ une fois sur dix.

La protection sociale de la maladie

Pour connaître la solvabilité d'un patient dans le système de soin, évaluer sa situation économique est important, même si ce n'est bien évidemment pas la seule utilité, mais savoir s'il est assuré par la sécurité sociale ou une mutuelle l'est tout autant sinon plus. Comme dit précédemment, le système d'assurance maladie obligatoire est quasiment universel depuis l'instauration de la CMU, ce qui n'est pas le cas des assurances complémentaires. Des distinctions peuvent donc être faites, autant si l'on considère l'existence d'une mutuelle que sa qualité.

En pratique, les patients que les médecins rencontrent sont quasiment tous assurés par un régime de base. Les rares exceptions sont des personnes étrangères ou des personnes en situation de grande précarité. La seconde situation est relativement peu fréquente en médecine générale, car ce public se tourne plus facilement vers d'autres ressources ne fonctionnant pas sur un principe libéral dans lequel le paiement direct est la règle. Pour les rares cas rencontrés lors des discussions, le médecin sait en général rapidement ce qu'il en est et accepte ou non de recevoir la personne en connaissance de cause, c'est-à-dire gratuitement. Le cas des personnes étrangères dépend de la régularité de leur séjour (s'agit-il d'un touriste ou d'un "sans-papiers" ?) et des finances du patient. Ce sont donc des cas à la marge pour les médecins rencontrés et l'intérêt de connaître l'assurance maladie obligatoire se limite souvent à la question de savoir s'il en existe une ou non. Il a donc été choisi de ne pas questionner directement ce point, même si nous l'aborderons plus tard avec celui des actes gratuits.

La question de la part complémentaire est plus intéressante et peut revêtir plusieurs modalités. Celle-ci peut influencer la manière dont sera remboursé, ou non, le patient et

ce autant pour la consultation elle-même que pour les soins prescrits : médicaments, examens complémentaires, mais aussi une éventuelle consultation avec un spécialiste. Une autre situation est le cas d'un tiers-payant complet, le médecin est alors directement intéressé d'un point de vue financier puisqu'il se fera rembourser de cette part complémentaire par le gestionnaire, qui peut dépendre soit du même assureur que la part obligatoire, soit d'une assurance facultative souscrite par le patient.

La situation d'un organisme d'assurance maladie gérant l'ensemble du remboursement concerne notamment les quelques patients dépendant de régimes spéciaux comme pour les salariés de la SCNF ou ceux de l'éducation nationale. Dans ce cas la pratique est relativement inchangée s'il ne s'agit pas d'un tiers-payant. Par contre cela devient plus utile en cas de tiers-payant que ce soit via une ALD ou la CMU-C puisque les médecins sont directement payés par l'assurance obligatoire. Sur ce point, les dossiers observés montrent que cette mention apparaît fréquemment dans les dossiers d'Alain et de David, c'est-à-dire chez les médecins qui ont un usage courant du tiers-payant. En pratique, cela est souvent précisé dans le « volet médical », à côté des antécédents, avec les dates de validité de l'assurance. Une donnée particulière a été observée dans certains dossiers de patients de David. En effet ce médecin est le seul à avoir plusieurs patients bénéficiaires de l'AME. Du fait de ce statut social particulier lié à la non-régularité des personnes sur le territoire français, il note dans le dossier de certains patients étrangers, en plus de la présence de cette couverture maladie, leur situation par rapport à une demande d'asile ou autre demande de régularisation. De manière plus générale, l'étude auprès des médecins franciliens affirme une connaissance assez claire de ces deux situations par les médecins. En effet, 85 à 90 % des praticiens peuvent dire de manière juste si leurs patients bénéficient de la CMU-C ou d'une ALD (*Ibid.*). Et dans tous les cas, cette information apparaît clairement dans les données contenues sur la carte vitale.

Il n'en est pas de même dans un second cas, quand le patient choisit une assurance complémentaire de son propre chef et décide d'y consacrer une certaine quantité d'argent. Parmi les quatre médecins dont les dossiers ont été observés, aucun ne précise l'existence d'une mutuelle, à l'exception d'un patient de David. L'étude auprès des médecins franciliens montre qu'il n'y a plus que deux médecins sur trois qui donnent une réponse valide à la question de savoir si le patient a une mutuelle (*Ibid.*). Les entretiens confirment ce faible effort des médecins pour obtenir cette donnée. Seuls les deux praticiens travaillant dans des quartiers populaires y portent un intérêt particulier, au point que pour eux cela semble nécessaire et que cela entre dans une pratique systématique. Paul répond ainsi,

comme une évidence, que « oui, bien sûr » il sait si ses patients ont, ou non, une mutuelle. Et George explique que « c'est obligatoire pour faire une consultation, il faut savoir si le patient a une assurance ou non ». À l'opposé plusieurs médecins ne demandent jamais ou quasiment, la normalité étant, pour eux, que le patient a une mutuelle. Nicolas déclare ainsi qu'il ne « pose pas trop la question » et qu'il n'a pas d'exemple de patient sans mutuelle de manière permanente, peut-être justement parce qu'il ne le demande pas. Et il ajoute après réflexion : « c'est marrant, quand ils l'ont pas, dans ma tête je pense que c'est temporaire ». Ce même médecin évoque une autre explication, à savoir le « choix » pour un patient de ne pas avoir de mutuelle. De ce choix découle le fait que le patient doit en assumer la responsabilité et que le médecin peut ainsi cesser de s'en préoccuper. C'est Bruno qui l'exprime le mieux, et pour cause puisque cela fait écho à sa situation personnelle. Ainsi, quand il lui est demandé s'il sait si certains patients n'ont pas de mutuelle, il répond : « Non. Enfin, oui je sais que certains patients n'ont pas de mutuelle, moi j'en ai pas (rire). Donc je pense qu'il y en a qui en ont pas non plus. Après je m'en fous royalement, quoi. C'est un choix. » Se prenant pour exemple il considère alors que les patients doivent assumer la différence de coût, comme lui le fait. Et même s'il est conscient que ce « choix » peut être par défaut pour des raisons financières, il préfère ne pas « rentrer là-dedans », refusant ainsi délibérément de s'y intéresser.

Enfin, si d'autres médecins ne s'enquèrent pas systématiquement de savoir si leurs patients bénéficient d'une mutuelle, ils le demandent parfois quand ils sentent une gêne de la part d'un patient comme l'expliquent Arnaud ou Danièle. Quand le médecin ne le demande pas, il arrive aussi que ce soit le patient qui en fasse l'annonce, en général à l'occasion d'un soin ou d'un examen plus onéreux qu'à l'ordinaire. Carine rapporte ainsi le cas d'une patiente venue le matin-même et qui le lui a fait remarquer alors que le médecin lui prescrivait une attelle non-remboursée par l'assurance maladie. Cette nouvelle information n'a pas, pour autant, incité le médecin à noter cette information dans le dossier, même si elle me fait comprendre en me montrant sa tête qu'elle s'en souviendra. Cette absence de transcription n'est pas spécifique à ce praticien, puisque aucun ne le précise dans le dossier à de rares exceptions comme Paul qui « note tout » et Danièle, uniquement quand la mutuelle est précisée sur la carte vitale.

Le cadre de vie du patient

Si le médecin peut apprendre des éléments de la vie du patient en lui posant des questions, il arrive aussi qu'il soit directement confronté à son mode de vie, en particulier à travers les visites à domicile. C'est un moyen plus direct et plus marquant pour le praticien, qui se retrouve face à des situations qu'il n'a cherché à connaître.

La rencontre avec l'Autre

Les visites sont souvent l'occasion de découvrir le lieu et le mode de vie de certains patients, ce qui constitue parfois une surprise. Elisabeth évoque ainsi une patiente travaillant dans une banque :

« Une femme chic, pomponnée, maquillée, parfumée... tout bien. La grippe, elle m'appelle, je vais chez elle. Et, d'abord tu ouvres la porte et il y a l'odeur. L'odeur très... marquée. Alors pas que de quelqu'un qui est malade, hein. Et puis on a des yeux qui traînent partout, voilà, moi je suis habituée à tout voir. Et bon des chaussettes, un slip, par terre, c'est assez surprenant ».

Elle fait de suite le rapprochement avec sa propre expérience : « Je connais puisque quand même j'ai aussi une vie personnelle. Mais même mes enfants qui sont très désordonnés ne me laissent pas traîner des chaussettes et des slips par terre. » S'il arrive que les médecins décrivent des habitations agréables, voire luxueuses, les surprises sont quasiment toujours de mauvaises surprises. S'il n'y a que peu de bonnes surprises, explique Carine, c'est que

« en général ces gens-là on les... Je trouve que les gens qui vont vivre dans une belle maison, dans un... on les sent un petit peu sur leur présentation quand même. [...] C'est plus facile [que] dans l'autre sens où ils vont arriver à cacher un peu leur misère, ou leurs difficultés. »

Il est évident que posséder les codes, la culture d'un milieu social aide à le reconnaître et s'y sentir à l'aise ; et le médecin ne fait indéniablement pas partie des classes populaires. Quoi qu'il en soit, la comparaison avec sa propre situation, sa propre vision du monde, est systématique. Pour certains, le choc est tel qu'ils ne savent plus où ni comment être. Ainsi, Elisabeth décrit un couple de patients comme

« de gros propriétaires terriens, euh... à qui on donnerait cent sous parce qu'ils ont plus l'allure d'un clodo qu'autre chose. Et quand on rentre chez eux, c'est... c'est affreux. C'est affreux parce que ça sent mauvais, parce que c'est sale, parce que... parce qu'on sait pas où poser son sac pour pas, euh... se contaminer, parce que je garde mon manteau

l'hiver, j'essaye de pas m'asseoir. Je tire à moi un journal pour pouvoir poser mes affaires dessus. »

Ces situations où un médecin est confronté à un environnement qui est pour lui extrême – au point qu'il ne sait plus où poser ses affaires, qu'il n'ose pas enlever sa veste, ou bien comme le rapporte Carine à propos d'un couple de patients : « C'est abominable, j'y vais... Je finis souvent par eux, du coup je rentre chez moi je me lave ou j'y vais avec une deuxième tenue, je me change après les avoir vus. » – ces situations, donc, ne sont pas aussi rares qu'il pourrait paraître puisque quatre médecins ont rapporté de tels exemples. Les médecins sont ainsi régulièrement dans une position sociale supérieure et décalée en regard de la situation sociale de certains de leurs patients.

Dans de rares cas, un médecin peut être mal à l'aise dans un environnement trop luxueux comme le rapporte David. Il s'agit cependant du seul exemple entendu.

« Il y avait une résidence de fou, enfin je veux dire... un parc... le luxe le plus total. J'étais jamais rentré dans des endroits comme ça. Le majordome, tout ça... L'allée... Donc, bon, je me suis un peu remis, tu vois. Je sentais que... je faisais plouc. Ce qui normalement est pas le cas, je suis plutôt congruent avec l'ambiance. Là, je me sentais un peu... tu vois ? Autant euh... C'est rigolo parce que autant dans les taudis tu sais jamais où t'asseoir, hein. Vraiment, il y en a c'est tellement immonde que tu te dis : "Je m'assois pas, je pose pas mon sac." C'est compliqué, tu gardes ta veste, t'essayes de faire comme tu peux, tu vois ? Et... autant là, j'avais peur de salir le beau canapé. »

Ce récit est intéressant par le simple fait qu'il mette en rapport les mêmes gênes d'un médecin dans des situations extrêmes mais opposées, où il se ressent comme "pas à sa place". Ce qui laisse à penser que plus que la pauvreté elle-même, c'est le caractère extraordinaire²¹ de la situation pour un médecin en question qui lui pose problème. Plus que la situation absolue, il s'agit donc du décalage relatif entre différentes classes sociales qui ne vivent pas dans le même monde. « Eux et nous » pour reprendre les termes de Richard Hoggart (1957), illustrant les différences d'identités revendiquées par les classes populaires quand ils parlent des autres en les mettant à distance. On ne peut alors comprendre ces différences qu'à travers la connaissance à la fois du médecin et du patient d'un point de vue biographique, conduisant à l'analyse d'une interaction dans une situation particulière.

²¹ Au sens étymologique, à la fois qui sort de l'ordinaire (*extra ordinarius*) et qui sort de l'ordre (*extra ordinem*).

Cette hypothèse est confortée par l'existence de cas où le médecin peut ne pas savoir comment se comporter sans que l'on puisse pour autant qualifier les circonstances d'agréables ou de désagréables. Par exemple quand il se retrouve dans une culture différente de la sienne, sans pour autant instaurer une hiérarchie. Pour Paul, cela prend la forme du salon d'une famille maghrébine, « meublé comme au Maroc ». S'il qualifie la situation de « sympa », il avoue aussi : « Ça m'embête même, parce que... y a un tapis, ils sont pieds nus. Et moi je garde mes pompes, dit-il en riant, alors je suis un peu gêné même. Je leur demande... » Il lui est ainsi arrivé, au début, d'enlever ses chaussures, mais en règle générale les patients lui disent que ce n'est pas un problème et qu'il peut les garder. Dans le même ordre d'idée, mais mêlant une culture étrangère et luxueuse, David rapporte une visite chez le propriétaire de plusieurs restaurants vietnamiens qu'il voyait pour la première fois : « Ils ont tout l'étage. Et dedans c'est euh... c'est vietnamien. Tu te croirais au Vietnam. C'est... des jades partout, des statues, des machins, avec du personnel partout. » Accompagné d'un externe qui avait des yeux traduisant la stupéfaction, le médecin s'est fait fort de tenir son rang de maître de stage, s'empêchant de trop dévoiler son étonnement : « Il fallait que je sois choqué mais un peu moins que l'externe ». Dans tous les cas, le professionnalisme voudrait que le médecin reste neutre, c'est ce qui doit être transmis aux étudiants.

D'une approche par l'hygiène au point de vue moral

Conditions de vie et santé

En allant en visite chez leurs patients, les médecins ont souvent un regard sanitaire sur les lieux. Presque tous l'expriment dans les entretiens, à titre d'exemple on peut retenir les propos de Danièle :

« Vous arrivez, il y a plein d'animaux qui traînent : le raton-laveur, le chat, le chien... des saletés partout, le... Vous vous asseyez, il y a des poils de chat partout sur vos vêtements. Des choses comme ça aussi on le note et puis on dit à la personne : "Écoutez, faites attention.", si elle arrive d'une opération et qu'il y a une plaie, "Quand même, mettez-vous un drap, mettez-vous au propre." »

Les médecins rattachent parfois leur désapprobation des conditions de vie à l'hygiène, comme Élisabeth le rapportait précédemment avec ses « gros propriétaires terriens », en mettant en lien le caractère « sale » du logement et le risque de « se contaminer ». Il est bien évident, dans ce cas comme dans d'autres, que le caractère « sale » d'un logement

déborde largement la seule conception sanitaire, mais qu'elle renvoie également à une appréciation plus large. C'est ce que nous rappelle Mary Douglas : « Telle que nous la connaissons, la saleté est essentiellement désordre. La saleté absolue n'existe pas, sinon aux yeux de l'observateur. Quand nous nous détournons de la saleté, ce n'est pas que nous en ayons peur, ni qu'elle nous inspire une appréhension ou une terreur sacrée. L'idée que nous nous faisons de la maladie n'explique pas non plus toute la gamme de nos réactions à la saleté, que nous la nettoyions ou que nous l'évitons. La saleté est une offense contre l'ordre » (Douglas 1967, p. 24). Bien sûr, la découverte de la microbiologie a transformé notre vision contemporaine de la saleté, mais pour elle c'est une idée récente qui n'explique pas toutes nos habitudes et nos cadres de pensée. La saleté n'est pas « un phénomène unique, isolé », sa compréhension passe par un « système » (*Ibid.*, p. 55), lié à une « culture [qui] sert de médiatrice à l'expérience individuelle » (*Ibid.*, p. 58).

Le lien entre conditions de logement et santé ne se limite pas à l'hygiène. Danièle donne également l'exemple de l'aménagement mobilier chez des personnes âgées et du risque de chute auquel cela peut conduire : « La maison... c'était comme un grenier, c'est-à-dire que tout était entassé, donc ils pouvaient tomber, ils pouvaient se blesser parce qu'il y avait des meubles en plein milieu dans la salle à manger. »

Un autre point intéressant à développer est celui de l'alimentation, question à la fois intime, culturelle et de santé publique. Plusieurs médecins déclarent profiter de leurs visites pour constater ce que mangent "réellement" les patients, l'observation étant l'occasion de vérifier les dires de ces derniers.

« De temps en temps quand quelqu'un me dit : "Ah oui, docteur, mais moi je fais le régime", je dis : "Bon, montrez-moi votre frigo" et je fais une visite au frigo pour savoir ce qu'il y a dedans », raconte ainsi Élisabeth, qui conclut : « je sais très bien que je vais trouver des choses qui devraient pas y être. »

Ce comportement n'est pas possible avec tous les patients nous apprend Nicolas, qui dit le faire uniquement quand il sent que « quelque chose est branlant », ce qui peut se comprendre comme une forme de vulnérabilité, particulièrement chez les personnes âgées qui ne font pas très attention à ce qu'elles mangent et qui pensent « qu'une soupe, ça suffit le soir ». Il ne le fait, par exemple, pas dans des familles, où ce serait trop intrusif. Pour ces deux médecins, c'est une façon de passer outre la seule parole des patients, qui peut être absente ou inexacte, « c'est une façon d'avoir du matériel pour avancer » pour reprendre

les mots de ce dernier. Sans aller jusqu'à ouvrir un réfrigérateur, il arrive que le médecin fasse sa visite aux alentours des heures de repas. Arnaud a développé sa propre stratégie :

« C'est-à-dire que si j'ai la chance d'arriver au repas. [il siffle] Alors là... je vais m'installer, ça sent bon. Et puis j'ouvre les... Ah oui, je vais jeter un œil, à ce qui se prépare. Parce que quand on me raconte qu'on mange rien et qu'on grossit, qu'on comprend pas : "Docteur, je grossis et je ne mange rien"... Mon ancien associé avait une formule, qui était pas très subtile mais qui avait le mérite d'être claire, qui disait : "Vous savez, à Auschwitz, il y en avait pas beaucoup de gros." »

Plusieurs choses sont sous-entendues dans ce trait d'humour douteux. D'abord que les patients ne disent pas toujours la vérité au médecin et que celui-ci est en droit d'aller vérifier la réalité de l'alimentation dans les gamelles. Ensuite que l'alimentation est une question de choix personnel et de volonté. Cela relève de l'individu et du psychologique. Les patients qui ne maigrissent pas cachent quelque chose au médecin, ou se cachent quelque chose. Pour reprendre une expression populaire : « quand on veut, on peut ». Si un patient ne maigrit pas malgré les conseils de son médecin, c'est qu'il continue à ne pas manger correctement.

Conditions de vie et bon goût

En plus de l'intérêt des médecins concernant l'équilibre alimentaire des repas, l'observation peut se muer en avis sur la bonne manière de manger. Ce même médecin sort ainsi, pour une même famille, de la stricte critique sanitaire de la composition de l'alimentation : « les gamins mangent des pâtes, du riz... On achète des... des Knacki, là des saucisses de Strasbourg, au lieu d'acheter un bon steak », et il accentue sa position en jugeant de la manière de manger. Il décrit ainsi un goûter, sur « la table basse... parce qu'apparemment c'était la table du repas, parce que c'est arrivé aussi de voir que les tables basses servaient au repas », où « les enfants sont à genoux ou appuyés sur le côté » tout en mangeant des lardons, « un kilo de lardons, à manger comme ça. » On retrouve ici deux visions du monde qui s'affrontent et que l'on peut lire en termes de classes sociales. Le médecin juge ainsi qu'un bon steak est meilleur que des saucisses industrielles. Si son avis peut être compris comme relevant du sanitaire, il peut plus encore relever du bon goût, de ce qu'est le bien manger, autant par le contenu et que par les arts de la table. Dans une acception bourdieusienne, cela illustre bien les différences d'habitus qui se traduisent par des différences de goût (Bourdieu et De Saint-Martin 1976). Et si l'on se réfère aux aliments eux-mêmes, on ne peut faire l'impasse sur les questions économiques de ces

situations. Claude et Christiane Grignon, analysant l'alimentation ouvrière, affirment ainsi qu'« elle porte la marque des restrictions imposées par l'insuffisance des revenus : non-consommation ou consommation exceptionnelle des produits ou des services de luxe, sous-consommation de produits courants mais coûteux, sur-consommation d'aliments à bon marché et de produits de remplacement. Parler d'alimentation avec un ménage ouvrier, c'est d'abord parler budget, feuille de paye (qu'on va chercher et qu'on détaille), hausse des prix, difficulté à "joindre les deux bouts", bref niveau de vie plutôt que mode de vie » (Claude Grignon et Grignon 1980, p. 545). Toutes préoccupations dont notre médecin ne se soucie pas, éliminant d'emblée des considérations économiques de son raisonnement, et à qui il ne vient pas à l'idée qu'il existe une différence de coût entre des saucisses de Strasbourg ou des lardons et un bon steak.

Comme nous venons de le voir pour l'hygiène ou l'alimentation, la frontière est floue entre une vision portant strictement sur la santé et une vision plus générale du patient en tant qu'individu, amenant à des considérations morales. Le regard des médecins ne s'arrête pas au seul aspect sanitaire et Arnaud a beau suggérer que « quand Hippocrate nous dit : "Tu ne regarderas pas à l'intérieur des maisons", et cetera. En fait, je pense qu'Hippocrate voulait dire : "Tu ne jugeras pas" », les médecins ne se privent pas de le faire²². À commencer par ce dernier qui, quand il va dans les maisons, cherche à « situer les priorités financières qui sont données » par les patients. Il déplore ainsi l'exemple de maisons « où il n'y a pas une table qui tient debout, il n'y a pas une chaise qui ne soit bancale, par contre on a une télé-totem. Donc le dernier écran plat, les CD, ou à l'époque les cassettes vidéos, l'équaliseur, le *home video*... » Il n'est évidemment pas le seul à avoir ce type de réaction, probablement inhérent à l'interaction entre êtres humains. On peut reprendre l'exemple précédent d'Élisabeth découvrant, chez une patiente travaillant dans une banque, « des chaussettes, un slip, par terre ». Elle réproouve ce comportement en le comparant, de façon très égocentrée, à sa « vie personnelle » et à l'éducation morale qu'elle a donné à ses enfants, qui, bien que « très désordonnés », ne laissent pas traîner

²² En réalité, le serment d'Hippocrate ne demande pas aux médecins de s'abstenir de regarder à l'intérieur des maisons. Si l'on s'appuie sur la traduction d'Émile Littré, le propos d'Arnaud fait référence à ce passage : « Dans quelques maisons que je rentre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. Quoique je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas » (Littré 1839, p. 628-633). Deux idées coexistent, la première enjoint le médecin d'agir dans l'intérêt du malade et la seconde fait référence au secret professionnel. Idées toutes deux encore présentes dans le « serment d'Hippocrate » actualisé par l'Ordre des médecins (CNOM 2012b).

leurs sous-vêtements par terre. Ça ne se fait pas. Peut-être en particulier lorsque l'on reçoit le médecin chez soi.

À l'inverse d'un jugement portant sur le manque d'hygiène, Arnaud dénigre aussi ce qu'il appelle les « maisons-musées », où le degré de rangement est tel qu'il n'y a plus de vie. Il conforte ainsi la séparation entre une observation liée aux questions sanitaires et des éléments les dépassant. L'exemple typique est celui d'une dame de 96 ans, décédée récemment, et qui vivait seule depuis 30 ans.

« La maison est nickel, même la cuisine est toujours bien rangée. Elle veut pas laisser traîner d'affaires dans une poubelle, donc elle a toujours un petit sac de poubelle qui est planqué et qui est la poubelle, le sac de poubelle de la journée. Voilà. Et alors on va dans le séjour, et le séjour est un musée, avec des meubles de style... Louis XV modernes. Des meubles donc toujours cirés, on peut manger sur le sol, c'est impeccable. Y a pas un papier qui traîne, y a pas un objet, y a pas une revue, y a pas une pelote de laine avec euh... Voilà. »

Ce constat se rapproche de celui de Paul et de Bruno qui regrettent le manque d'objets culturels dans certaines maisons. Le premier observant l'absence de livres, notamment pour les enfants (« on comprend qu'ils lisent pas ») ; et le second constatant « la pauvreté d'environnement dans la maison, quoi... Où, à part la télé, vous sentez qu'il y a pas de livres, pas de tableaux, pas d'aménagement, pas de chaleur dans la maison... » et concluant que pour cette famille, il y a « une espèce de vide de vie ». On retrouve également ici le sentiment de décalage entre des milieux sociaux étrangers où l'on ne valorise pas les mêmes choses dans l'aménagement d'une maison.

Ce que dit la diminution du nombre de visites

De l'avis de tous les médecins interrogés, et en particulier des plus âgés, le nombre de leurs visites a diminué ces dernières années. Ce constat est confirmé par différentes études qui montrent une décroissance constante depuis les années 2000 jusqu'à aujourd'hui, avec une division par deux entre 2000 et 2010 (IRDES 2013). Au début de cette période, la France était le pays avec le plus fort taux de visite en Europe, avec près d'un acte sur quatre (Nachbaur 2006). Une forte baisse s'est produite dans les années 2001-2002, que l'on peut expliquer par une campagne d'information de l'assurance maladie visant à cette diminution, dans un but de maîtrise des dépenses de santé. Cette demande s'est concrétisée le 28 juin 2002 par un Arrêté²³ modifiant la convention nationale des médecins

²³ Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins

généralistes, par lequel ces derniers s'engagent à une « diminution du nombre d'actes de soins hors cabinet » en contrepartie d'une revalorisation tarifaire. Si ce texte ne concerne que les médecins généralistes, c'est parce qu'il s'agit quasiment de la seule spécialité à réaliser des visites au domicile des patients, avec cependant de fortes disparités en son sein (Micheau et Molière 2010, p. 39). Et de fait, les pratiques varient d'un médecin à l'autre au sein de notre enquête. Certains n'en font que très peu comme David ou Magali qui n'ont fait qu'une ou deux visites durant les trois semaines d'observation, mais aussi Simone ou George, ce dernier ne disant en faire que deux ou trois par mois. Cela augmente progressivement à cinq par semaine pour Nicolas ou Anne-Élise, puis dix, quinze ou vingt par semaine pour d'autres, Alain en a fait vingt-sept sur les deux semaines observées, soit 10 % de ses actes. Celle qui en pratique le plus est Carine avec jusque quatorze visites dans une journée et ce deux fois par semaine. Ces variations reflètent en partie le lieu d'installation puisque, selon la même étude, seuls les médecins urbains peuvent se permettre de refuser d'en faire. Ceci transparaît dans les propos fatalistes d'un médecin rural comme Carine qui répond à la question « combien ? » par : « Trop, je pense. Mais bon, c'est comme ça. »

Si cette importante diminution du nombre de visite a pu se dérouler si rapidement, c'est que « beaucoup de médecins n'aiment pas effectuer les visites », pour reprendre les conclusions d'une étude par questionnaire réalisée par la section généraliste de l'Union régionales des médecins libéraux d'Île-de-France (Nachbaur 2006). La plupart sont donc favorables à cette décroissance et trois sur quatre désirent limiter l'accès des patients à la visite. « Elle apparaît tout au long de cette enquête comme une contrainte. Ils pensent que c'est un acte peu rentable, pour autant, ils trouvent la visite instructive » (*Ibid.*, p. 31). Voici résumés en quelques lignes les principaux arguments. Dès la présentation de cette enquête, l'auteure met en balance un avantage et des inconvénients présumés (*Ibid.*, p. 5). On trouve d'un côté l'accès à des informations qui « complètent » celles que l'on peut recueillir au cabinet, apportant « une connaissance sociale que le médecin ne pourra acquérir totalement lors d'une consultation ». C'est également ce que montrent les entretiens que j'ai effectués, à la fois avec des informations sanitaires, mais aussi un contexte socio-économique et culturel. Et d'un autre côté, deux arguments principaux. En premier lieu des modalités matérielles qui rendent difficiles « les conditions d'exercice du médecin et l'examen clinique », c'est-à-dire perturbant « l'acte médical » ; et en second

généralistes (NOR : SANS022195A).

lieu le manque à gagner pour les médecins d'une consultation en moyenne deux fois plus long qu'au cabinet, « leur faisant perdre du temps ». Ces éléments ont plus ou moins de poids dans l'avis de chaque médecin, selon qu'il pratique ou non des visites, mais on les retrouve tout le temps. Dans cette étude, d'autres questions sur la perception des visites sont plus surprenantes. Une première vise à savoir si « la visite systématique dévalorise le métier de médecin » ce à quoi un peu plus de 60 % des médecins répondent par l'affirmative. On reste un peu frustré de ne pas savoir plus explicitement ce qui dans la visite peut nuire à la valeur de la profession médicale. Est-ce seulement un problème financier, ou le fait de faire de la mauvaise médecine du fait de mauvaises conditions de travail ? Peut-être qu'une part de la réponse réside dans la seconde question. En effet, entre 60 et 80 % des médecins, selon qu'ils se déplacent ou non à domicile, considèrent que « globalement la visite relève plus du social que du médical ». Cela pose d'une part la question de ce qu'est « le médical », et d'autre part en quoi « le social » peut-être vu comme une activité plus ou moins valorisée. Nous discuterons de cela dans le prochain chapitre.

En pratique, à la vue de la baisse du nombre de visite, on peut dire que, pour la plupart des médecins, les inconvénients de la visite prennent le pas sur les avantages attendus. Durant les entretiens, seul Bruno exprime clairement le regret de faire moins de visites qu'auparavant, au moins d'un certain point de vue : « sur l'ouverture un peu sociale, sur la connaissance de différents milieux de vie, de différentes conditions de vie... Oui, ça permet quand même de toucher du doigt certains problèmes sociaux ». Et ce regret s'exprime particulièrement pour les visites les plus difficiles, décrites précédemment, dans des quartiers très populaires, et où il a vu des choses qu'il ne voit plus aujourd'hui :

« J'ai vu des choses impressionnantes de ce côté-là. Alors pas forcément chez les gens, mais dans des cages d'escalier, dans des cités difficiles, dans des... Oui, et encore je pense que c'était il y a quelques années, [...] que ça l'est encore plus aujourd'hui. Mais c'est peut-être aussi pour ça qu'on y fout plus les pieds, et c'est peut-être pas une bonne chose. »

Il finit en disant : « Je dirais pas que c'est un manque, mais c'est un regret... c'est un regret de perdre ce côté... connaissance des milieux de vie différents qu'on peut rencontrer dans une ville. » De plus, si tous les médecins s'accordent à dire que les visites sont un moyen important de connaître les conditions de vie de leurs patients, seul David, a proposé expressément à une patiente d'aller la voir en visite plutôt que de la recevoir au cabinet. Il

s'agissait d'une femme demandeuse d'asile arménienne avec un nouveau-né, qui logeait dans un hôtel social proche du cabinet, et c'était l'occasion d'aller voir « les conditions de vie et l'ambiance de cet hôtel ». Quand j'ai posé la question, les autres médecins ont considéré cela comme trop intrusif, exprimant le besoin d'une invitation du patient, parfois les mêmes qui vont vérifier, dans les assiettes ou le réfrigérateur, l'alimentation de leurs patients. L'aspect intrusif semble donc plus un mécanisme de défense qu'un argument valable dans ce cas.

L'utilité du social

Influence du social sur la santé

Seul George se préoccupe très peu de la profession des patients. La raison principale est qu'il considère cela sans intérêt, hormis dans les situations où l'exercice professionnel est directement la cause de la pathologie. « Je peux demander leur activité seulement quand il s'agit d'une liaison entre la pathologie et ce qu'ils font. » De ce fait, il n'y a aucun intérêt à poser ce genre de question à des personnes qui ne travaillent pas ou plus. Or cette catégorie représente pour lui une grande majorité puisque parmi ses patients environ 70 % bénéficie de la CMU-C et une autre part non négligeable est à la retraite. Il donne la même explication pour la situation familiale. Cela n'a pas d'intérêt, sauf en cas d'augmentation du risque de développer une pathologie, prenant l'exemple du diabète et de l'hérédité familiale. Cet état de fait est observé dans les dossiers médicaux d'Alain, ce qu'il me confirmera lors de l'entretien. Parmi la trentaine de patients de plus de 60 ans, seulement deux comportent un champ « profession » rempli où il est simplement mentionné « retraité » sans plus de précision. Ce n'est pas le cas des autres médecins où, quand le champ est rempli, la profession antérieure est toujours notée. En ce sens, le social a une utilité en tant que facteur de risque pour la santé. Cette raison spécifique n'est pas propre à George ou Alain, elle est reprise par l'ensemble des médecins. On retrouve bien sûr l'archétype de la maladie professionnelle, mais aussi toutes sortes de situations où le cadre du travail peut être délétère pour la santé, comme nous le rappelle Danièle :

« Ça fait partie des facteurs de risque du patient, c'est-à-dire que un patient qui est soumis à la fumée de tabac, parce que les collègues fument, ou qui est dans une ambiance polluée, que ce soit la poussière de menuiserie, que ce soit les fleurs... j'avais un

monsieur qui travaillait dans les tissus, qui était vendeur de tissu et qui avait des poussières de tissu... Et donc c'est important par rapport à l'état de santé du patient. »

Cette dernière rapportait auparavant le même lien entre les conditions de vie et un risque pour la santé, lien fait aussi par la plupart des médecins. Ce rapprochement n'apparaît pas le même pour toutes les pathologies. Pour l'hypertension, plusieurs des médecins interrogés ne font pas de corrélation entre la pathologie et le niveau social des patients, alors que nous avons vu qu'il existait. Le lien est, par contre, fait avec les habitudes de vie telle que le sport ou le tabac, qui ne sont cependant pas toujours notés. Il en est de même pour le frottis cervico-utérin. À l'inverse, les pathologies psychiatriques sont beaucoup plus souvent mises en relation avec l'environnement social du patient dans ce qui est noté dans les dossiers. Comme dit précédemment, on retrouve ce qui peut apparaître comme des causes de l'état anxieux ou dépressifs, en lien avec des difficultés au travail ou au domicile. Ces données sont régulièrement retrouvées chez Magali, David ou Anne-Élise, mais beaucoup moins dans les dossiers d'Alain qui note peu d'éléments de la consultation en général.

Au cours des entretiens, la causalité directe entre profession et pathologies psychiatriques peut devenir moins claire. Cet aspect n'est d'ailleurs pas mentionné par tous les médecins, il est corrélé avec une impression de « morosité au travail » dans le « contexte actuel » de notre société. Élisabeth rapporte ainsi les propos d'une aide-soignante se plaignant auprès d'elle :

« On est toujours sur mon dos, on me demande toujours d'en faire plus, avant je faisais dix chambres, maintenant il faut que je m'occupe de quinze personnes, il y a toujours quelqu'un qui est absent et il faut remplacer sans qu'il y ait un remplaçant obligatoire... ».

Danièle mentionne un autre exemple avec celui de patients qui peuvent arriver déprimés, « style le patient qui travaille chez France Télécom ». Mais pour l'une comme pour l'autre, le lien n'est pas direct puisqu'il y a nécessité de « savoir quelle est la part de l'angoisse normale et de l'angoisse pathologique » ou de « juger si c'est un patient stressé ». La question est alors d'évaluer en quoi le travail apporte plutôt un « mal-être » ou un « bien-être », et si c'est lui qui est à l'origine de la plainte d'un patient.

Influence de la santé sur le social

Une autre raison est souvent rapportée par les médecins quand on leur demande l'intérêt de connaître la profession de leurs patients. Il s'agit d'un aspect très pragmatique relevant cette fois de l'action du médecin généraliste, à travers la prescription d'un arrêt de travail. Ce document est pleinement ancré dans la vie sociale du patient. Il s'agit en effet pour le médecin de faire exister socialement la maladie pour le reste de la société, en l'occurrence l'employeur et l'assurance maladie. Pour cela, la connaissance de l'activité professionnelle du patient est nécessaire au médecin, afin d'adapter la durée de cet arrêt. L'exemple le plus classique donné par plusieurs des médecins interrogés est celui d'un arrêt de travail suite à des lombalgies. Arnaud a une vision très précise, protocolisée, de la différence de traitement à opérer dans cette situation. Quand je lui demande les raisons de demander sa profession à un patient, c'est la première qu'il cite :

« D'abord par rapport aux arrêts de travail éventuels que je vais donner, dans la mesure où en fonction du métier qu'ils font, s'ils se sont blessés, s'ils se font... s'ils ont un lumbago parce qu'ils sont maçons, alors qu'ils sont maçons ou manutentionnaires, eh bien le lumbago ce sera une semaine. Si c'est une femme qui est secrétaire, bon, en insistant, si elle veut vraiment vouloir travailler, je la laisserai reprendre. »

Dans le même ordre d'idée les médecins rédigent des certificats jugeant de la capacité d'une personne (ou plutôt de l'absence de contre-indication) à exercer une activité professionnelle, ou demandant l'aménagement de l'emploi à l'état de santé d'un patient.

On observe l'équivalent avec les conditions de vie et l'évaluation de la compatibilité d'un état de santé avec le logement ou les capacités à exercer des activités de la vie quotidienne. Ceci peut être illustré par l'histoire caricaturalement tragique, rapportée par Paul, d'un patient cumulant « tétraplégie, aveugle, sourd... et habitant un sixième étage », mais de nombreux médecins ont des cas s'en rapprochant, où la visite en particulier permet de se rendre compte de l'inadéquation entre les capacités d'un patient et son logement.

La construction du patient en tant qu'individu

Plusieurs médecins évoquent ensuite l'intérêt de demander le métier de leur patient afin d'avoir une vue plus générale, un cadre d'interprétation de l'individu. Ce qui se traduit dans un premier temps par des termes assez flous : « pour cadrer un peu le patient », « savoir qui ils sont », « avoir une meilleure idée de son profil social », etc. L'idée qui

transparaît est que le métier d'un patient est plus qu'un simple moyen de subsistance : il construit la personne, d'une part dans ses possibilités matérielles de vie et d'autre part dans sa manière d'être.

Cela peut se concrétiser pour le premier point de manière simple par la façon dont il mange : « comment il mange à midi » (Simone), si c'est « à heure régulière » ou non (Danièle). De manière plus globale, un intérêt de connaître la profession du patient est d'estimer ses capacités financières. Cette généralité n'est cependant qu'approximative comme peut nous le rappeler un exemple pratique rapporté par Danièle. Elle suit ainsi une femme qui est avocate de formation, et donc comme le dit le médecin « avec un très très bon boulot, qui normalement n'a aucun problème de finance ». Cependant, elle a eu successivement deux compagnons, avec qui elle a eu des enfants, qui ont été considérés comme irresponsables de leurs actes et lui laissant des « dettes énormes » qu'elle est en charge de régler. Elle se retrouve ainsi dans une situation financière précaire venant nuancer le propos généralisateur et nous rappelant l'intérêt de connaître un peu plus le patient, notamment sa situation familiale. Cette situation économique peut donc être étudiée le plus souvent à travers la profession mais sans s'y limiter.

Le second point est plus complexe, mais Nicolas en donne une explication synthétique : « Ça formate une vie un métier. [...] Ne serait-ce que parce que... c'est parfois 50 ans de la vie de mes patients le métier. » Et Simone nous rappelle que ce raisonnement n'est pas spécifique aux interactions d'une relation thérapeutique :

« Que ce soit en médecine ou pas en médecine, pour appréhender quelqu'un, pour le connaître, il y a... un minimum syndical. Pour vous dire, moi dès qu'il y a un type qui fait quelque chose, dans la vie... politique, je vais sur Google : il est né où, son père c'est qui, sa mère c'est qui, qu'est-ce qu'il a eu. Parce que, par rapport à son cursus, qu'est-ce qu'il fait comme métier, voilà par rapport à son cursus, par rapport à son vécu, humainement c'est significatif. »

À cette identification se rattache souvent la manière dont on aborde le patient et en particulier dont on lui parle. Nicolas résume parfaitement cette idée en quelques mots : « Un patient, c'est son métier... aussi. Et son métier, c'est son langage. Et son langage, c'est son accès direct ». Arnaud continue dans ce sens en expliquant que cela fait partie de son rôle de médecin :

« Je pense, on doit être un peu des caméléons dans ce métier-là, et on doit s'adapter. On doit adapter aussi le discours, et je n'aurai pas le même discours avec quelqu'un qui est... un enseignant par exemple, et avec quelqu'un... qui est issu d'un métier... manuel. Hein,

on aura pas la même explication, le même degré, la même... le même approfondissement. Voilà. »

La profession du patient est, pour certains médecins, un repère leur permettant de savoir à qui ils s'adressent et de le situer dans la hiérarchie sociale. C'est un des éléments qui construit la figure de l'individu qu'est le patient, individu avec lequel on n'interagit pas de la même manière selon sa position.

La situation familiale semble une donnée d'importance moins consensuelle pour les médecins. George, qui ne voyait déjà que peu d'intérêt à connaître la profession du patient, est le seul à dire qu'il ne s'y intéresse pas du tout : « Je ne cherche pas un aspect social de la personne que je consulte. » Plusieurs médecins ne nient pas que cela puisse être intéressant pour mieux connaître les patients, mais cela constituerait plutôt « un deuxième degré par rapport à la profession » (Bruno). Alors que pour certains cela fait toujours partie des questions posées d'entrée de jeu avec les nouveaux patients, ils sont plus nombreux à considérer que cela vient plus souvent « peu à peu », au fil des consultations. Sinon, comme le dit Nicolas, « c'est la Préfecture », rejoignant en cela la position qu'avait déjà Paul sur l'appréhension de la profession.

L'intérêt de cette connaissance est plus flou également mais on retrouve les mêmes éléments qu'avec la profession, à la fois pratiques et identitaire. Magali, qui note régulièrement cette donnée dans ses dossiers, explique l'importance qu'elle y attache par le fait que cela lui permet de « savoir l'isolement, s'il y a un conflit possible, s'ils sont séparés, si les enfants sont à droite à gauche... Le contexte. » Simone a une position ambivalente quant à cette donnée. Nous avons vu que, pour elle, les patients sont en couple jusqu'à preuve du contraire, et qu'elle ne pose la question que pour « les jeunes » ou dans des situations comme la dépression. Mais elle est aussi nutritionniste et, dans ce cadre, cette donnée prend une importance insoupçonnée jusque-là et pose systématiquement la question : « pour la nourriture, pour la nutrition, toujours ». Il est nécessaire de connaître en pratique comment les gens mangent. Paul explique quant à lui de manière plus vague que « c'est tout un peu globalisé ». « Tout est un peu lié : le travail, la famille, le... Y a beaucoup de pathologies, quand même, intriquées ».

Nous l'avons vu, les visites et la rencontre du patient dans son milieu sont aussi des moments importants permettant d'aborder le patient dans son milieu. Si cette manière de connaître le patient est moins fréquente que la connaissance de la profession, elle a

probablement plus de poids dans un objectif de construction d'une image de l'individu-patient. Si les visites ont un intérêt pour évaluer le risque de conditions de vie sur la santé ou l'adéquation de celles-ci avec une pathologie, elles sont surtout l'occasion d'émettre un jugement sur le patient, pour le meilleur et pour le pire.

L'observation des lieux de vie laisse parfois sceptiques les médecins sur la conduite à tenir. En effet, ils considèrent parfois les patients comme en partie responsables de cet état de fait. En parlant d'un couple de retraités sans enfants, Carine observe des « conditions d'insalubrités » qu'elle juge invivable de son point de vue mais qu'elle relativise pourtant :

« Je pense que ça dépasse l'entendement. [...] Mais je pense que c'est leur choix de vie. C'est pas des gens qui sont socialement défavorisés, ils avaient une bonne retraite tous les deux. C'était leur choix de vie, leur négligence, leur machin. »

Difficile dans ces cas-là de se dire qu'il faut agir dessus. On retrouve cette même question du choix de vie des patients avec le fait d'avoir ou non une complémentaire santé, comme déjà évoqué précédemment. Mais le raisonnement n'est souvent pas aussi évident que ça. Bruno décrit ainsi des visites dans les quartiers les plus défavorisés de la ville où il exerce :

« J'ai vu des cages d'escalier où on a l'impression que c'est des animaux qui vivaient, quoi. Avec des odeurs d'urine... de merde... de très sale, de tagué... de... voilà. Où on a l'impression que c'est pas une dimension... On se demandait si c'étaient des humains qui pouvaient vivre là, quoi. C'est des choses qui sont assez violentes quand on les voit. On se demande comment les gens font pour vivre là. Donc, il y en a certainement qui s'y confortent... si c'est comme ça c'est qu'il y a des gens qui font que c'est comme ça. Mais je pense qu'il y a des gens... pour qui c'est imposé, qui vivent là et qui ne souhaitent pas du tout que ça se passe comme ça. »

Il est ainsi partagé entre les responsabilités de certains dont les actes influencent la vie de toute une communauté, et le fait que d'autres les subissent sans pouvoir s'en affranchir. Mais il est surtout désarmé devant des conditions de vie qu'il qualifie à demi-mots d'inhumaines et devant lesquelles il se sent impuissant. Un mécanisme de défense est donc peut-être de se déclarer non-responsable de cet état, voire de penser que certains l'ont choisi. Le patient est ainsi vécu tout à la fois comme autonome et libre dans ses décisions, et comme le produit d'une construction sociale.

En tout état de cause, cette découverte de l'altérité par les visites conduit tout du moins à un sentiment de difficulté de ces professionnels vis-à-vis des personnes les plus éloignées de ce qu'ils sont eux-mêmes.

Ce que cela dit de la profession

Le médecin généraliste et les inégalités sociales de santé

La première modalité d'appréhension du social, comme élément causal de maladie, fait de celui-ci une donnée utile à la science. Ce type de données s'apparente au « social n°1 » de Bruno Latour, évoqué précédemment. Il est un matériau distinct des autres, mais au même titre que les autres, pouvant agir sur la santé. C'est la posture de George quand il assimile ce « social » à un facteur de risque. Il est celui qui prône le plus cette utilisation, de façon presque exclusive, mais tous les médecins y ont recours. Dans leur utilisation, les données sociales n'ont pas alors de spécificité en tant que telles et sont abordées au même titre que les autres variables, comme cela a été fait par l'épidémiologie qui a mêlé indistinctement le biologique et le social. Elles sont coulées dans un moule scientifique, qui se veut objectif. Cela s'intègre parfaitement dans le modèle classique de la profession médicale décrit par Talcott Parsons (1951). L'activité médicale y est vue comme un champ d'application de la science aux problèmes de santé. Cette conception fait appel à la théorie de la science appliquée, qui « comporte une conception précise du savoir, d'une part (comme savoir scientifique, spécialisé, éprouvé, standardisé et applicable), et du travail, d'autre part, comme activité rationnelle orientée par la mise en œuvre de ce savoir » (Champy 2009, p. 42). C'est ce qui fait pour les fonctionnalistes la spécificité de cette profession.

Cependant, l'utilisation par l'épidémiologie de ces données sociales crée, comme nous l'avons déjà dit, une relation de corrélation plus que de causalité, aboutissant à l'existence de « boîtes noires » dont l'épidémiologie s'accommode bien plus que les praticiens. En pratique, les médecins généralistes utilisent peu certains apports de l'épidémiologie sociale. Aucun n'a signifié rechercher le métier de ses patients, ou d'autres indicateurs sociaux, dans le but d'exploiter une corrélation entre catégorie sociale et risque de développer diverses pathologies, non-directement causées par l'activité professionnelle. Nous l'avons vu, il importe aux médecins de connaître la situation vis-à-vis de l'emploi en cas d'anxiété ou de dépression, car un lien direct peut exister. Mais ce n'est pas le cas de l'hypertension artérielle pour laquelle ils ne voient pas le rapport avec le travail, alors même qu'il existe une augmentation de l'incidence en fonction de cette variable. Pour les médecins généralistes, plutôt que le paradigme moderne de l'épidémiologie probabiliste, le social comme facteur de risque fait appel à la logique utilisée à la fin du XIX^e siècle dans le paradigme épidémiologique précédent, basé sur la découverte de la microbiologie, où l'on

cherche « à rapporter un agent simple à une maladie spécifique en appliquant la nouvelle logique de l'époque, le modèle causal de la "balle de billard" » (Bernard-Simon Leclerc 2005, p. 182). Son utilisation se rapproche d'une donnée clinique individuelle plutôt que collective. Finalement, alors que l'immense majorité des travaux sur les inégalités sociales de santé font appel à l'épidémiologie probabiliste, les médecins généralistes ne se servent pas de ces données en tant que telles.

La pratique clinique de la médecine générale utilise les données de l'épidémiologie sociale à travers certaines recommandations de pratiques, mais les médecins restent attachés à une démonstration de la preuve en termes de causalité directe, plus qu'en termes de seule corrélation. Ils utilisent plus facilement la notion de comportements à risque que celle de l'observation d'une variation d'incidence d'une pathologie en fonction d'une catégorie socioprofessionnelle ou du niveau d'étude qu'ils n'utilisent pas en tant que tels. Ainsi quand j'explique à Alain la démarche d'observation des dossiers et que je le confronte au fait que ses patients bénéficiant de la CMU-C ont moins de prise de sang que les autres, il me répond, pour chacun d'entre eux, qu'il n'y a pas d'autre raison que leur pathologie et qu'il ne voit « aucun rapport avec la CMU », critère qui lui paraît « arbitraire ». Il serait pourtant possible pour un praticien, à partir de ses dossiers, d'établir ce genre de constatation. Ne serait-ce que dans mon recueil de données, on peut observer une moindre fréquence des prises de sang et des consultations spécialisées chez les patients hypertendus et ayant la CMU-C par rapport à ceux ne l'ayant pas. Dans le même ordre de comparaison, le frottis cervico-utérin des patientes avec la CMU-C est deux fois plus souvent réalisé par un généraliste que par un spécialiste. Sans forcément considérer ces résultats comme statistiquement significatifs, ils peuvent amener à une certaine réflexivité sur les pratiques et les résultats en santé.

De fait, aucun généraliste n'a véritablement de base de données sur les résultats de santé de sa patientèle, si ce n'est individu par individu. Dans ces conditions il est difficile pour un médecin généraliste de se figurer les inégalités sociales de santé parmi ses propres patients, si ce n'est en termes de ressenti. Si la mesure d'une inégalité ne suffit pas pour parler d'injustice, l'absence de mesure limite considérablement la réflexion en ce domaine. On retrouve encore une médecine générale très centrée sur l'individu et une pratique évaluée par les moyens mis en œuvre plus que sur les résultats. Ceci est conforté par la rhétorique déontologique concernant ces deux points. Dans les commentaires de l'article 8 du code de déontologie, au sujet de la « liberté de prescription », il est ainsi affirmé que « dans tous les cas, le médecin doit assurer au patient les soins que nécessite son état et il

pourra même en répondre devant les tribunaux. S'il n'a pas une obligation de résultat, il a une obligation de moyens » (CNOM 2012a, p. 54). Ce même code affirme le « caractère personnel de l'exercice » de la médecine (article 69) et confirme d'un point de vue juridique l'exigence de moyens et non de résultats : « La responsabilité juridique du médecin n'est pas une obligation de résultat : il ne s'engage pas à guérir la maladie, l'échec n'entraîne pas par lui-même une responsabilité ni pénale ni civile, c'est une responsabilité de moyens » (*Ibid.*, p. 185). Il est donc question ici d'un individu médecin qui doit mettre en œuvre les moyens suffisants permettant de répondre aux besoins d'un autre individu, le patient. Une fois les besoins évalués, le travail du praticien est donc de garantir une égalité des chances et non une égalité de résultat. Peut-être les modifications récentes de la convention avec l'introduction de logiques de paiement à la performance, comportant notamment des indicateurs de résultats, vont-elles changer la donne ? Il est un peu tôt pour le dire et en attendant c'est bien la logique précédente qui domine largement les esprits.

La médecine générale comme pratique prudentielle

Appréhender un individu dans toutes ses dimensions, en considérant notamment un aspect social, amène à distinguer chacun par sa singularité. Chaque cas étant différent cela amène à des analyses toujours plus complexes et potentiellement à une diversité infinie de situations. Et cela conduit nécessairement à des incertitudes quant aux décisions à prendre. C'est une des caractéristiques des professions prudentielles. Florent Champy (2009) décrit ainsi le travail de ces professionnels comme mettant en œuvre tout à la fois « un haut niveau d'abstraction, c'est-à-dire [une] formalisation poussée des savoirs et savoirs-faire utilisés ; [une] insuffisance irréductible de cette formalisation des savoirs et savoirs-faire, qui laisse une large place aux conjectures dans les décisions ; et [la] nécessité d'opérer des choix, qui ne sont pas purement techniques, entre plusieurs risques associés à la pratique, puisque le travail ne peut fournir un résultat satisfaisant à tout point de vue » (*Ibid.*, p. 85). En effet, l'activité de la profession médicale ne consiste pas en une simple application de la science telle qu'a pu la décrire Parsons. Si le savoir scientifique tient une place importante dans les décisions qu'il prend, le médecin doit aussi tenir compte de la spécificité de chaque situation dont on ne peut établir une liste limitative.

La médecine générale ne fait pas exception à ces considérations générales sur la profession. Selon Géraldine Bloy (2008) elle est même dans une situation d'incertitude « constitutive » de son exercice. D'abord du fait de l'immensité du savoir scientifique

disponible. La médecine générale n'étant pas limitée à un domaine précis, il existe nécessairement une maîtrise incomplète de ce savoir spécialisé. Ceci est renforcé par le fait que ce savoir ne répond que partiellement aux demandes auxquels les médecins sont confrontés, la science n'ayant pas de réponse probante à toutes les questions. Cette incertitude existe ensuite par l'accès direct, sans filtre préalable, des patients aux généralistes. Ils se retrouvent ainsi directement confrontés à des représentations profanes et à des demandes diverses de patients qui sont libres de choisir leur médecin et d'en changer.

En ne définissant plus le social comme partie du savoir spécialisé du médecin et en le rattachant aux connaissances qui font la spécificité des professions prudentielles, on se rapproche d'un « paradigme de l'indice » (Ginzburg 1980). Ce dernier a notamment été décrit pour la médecine en ce que d'une part « la maladie [revêt] des caractères différents pour chaque individu », et que d'autre part « la connaissance des maladies [reste] indirecte, liée aux indices » (*Ibid.*, p. 21). Il s'oppose au paradigme des « sciences de la nature », développé en particulier depuis Galilée, qui a choisit de « sacrifier la connaissance de l'élément individuel à la généralisation » (*Ibid.*, p. 20). S'il s'agissait pour Carlo Ginzburg de s'intéresser à la perception des symptômes physiques par le médecin pour en démontrer le caractère conjecturel de la connaissance et l'incertitude des décisions, on peut aisément y ajouter les aspects sociaux des malades pour renforcer ce constat. Et ce d'autant plus qu'il établit sur ce point un parallèle fort entre la médecine et ce qu'il appelle « les sciences humaines », notamment sa propre discipline, l'histoire. Les données sociales recueillies participent assurément à l'individualisation des cas et à la singularité des situations. Or, selon ce même auteur, ce savoir qui est de l'ordre du « qualitatif » ne peut s'apprendre dans les livres, à l'inverse du savoir spécialisé et scientifique décrit par Parsons. Ces formes de savoir ne peuvent s'apprendre que « de vive voix, par des gestes, des coups d'œil », elles sont « impossibles à formaliser » et relèvent « du caractère concret de l'expérience » (*Ibid.*, p. 22). Pour Carlo Ginzburg cette connaissance par indices peut même conduire à une forme d'« intuition », « comme synonyme de la récapitulation foudroyante des processus rationnels » (*Ibid.*, p. 31). La validité de l'intuition dans la prise de certaines décisions, pour les personnes expérimentées, est d'ailleurs soutenue par certains neurobiologistes comme le Pr Philippe Damier (Alberganti et al. 2014). Parler d'expérience et d'intuition à propos des médecins amène à penser que l'individualisation des patients est à mettre en parallèle avec une individualisation des médecins. Leur travail consiste alors à faire la part des choses, à

évaluer le poids de chaque élément pour aboutir à une action la plus juste, la plus adaptée possible sans que l'on puisse toujours en définir une qui serait idéale. Cette « délibération » relève de l'ordre du jugement et « comporte une part irréductible de subjectivité » (Champy 2009, p. 82).

C'est en cela que Freidson affirme, « contrairement à Parsons, [...] que le praticien est particulariste, et *non pas*, universaliste²⁴ » (Freidson 1970, p. 178). Pour exercer, il se base davantage sur son expérience clinique que sur la science théorique et ce afin de répondre aux demandes singulières d'un patient particulier. Adopter une telle approche, que l'on pourrait qualifier de « globale », est ainsi lié à l'acceptation d'une certaine subjectivité de la pratique professionnelle. Or, si les institutions de la médecine générale enjoignent à une individualisation des pratiques du fait des spécificités attribuées à chaque patient, elles ne disent rien (ou très peu) de celles du médecin et de sa subjectivité.

L'écriture en action

Le paradigme de l'indice peut paraître quelque peu ésotérique (un lien est d'ailleurs fait avec la divination), mais Carlo Ginzburg s'attache à matérialiser son ancrage dans le réel par la lecture de ces indices. Il part de l'utilisation des traces laissées par les animaux par les chasseurs pour arriver aux signes de l'écriture. « “Déchiffrer” ou “lire” les traces des animaux sont des métaphores. On est cependant tenté de les prendre à la lettre, comme la condensation verbale d'un processus historique qui a conduit, dans un laps de temps peut-être très long, à l'invention de l'écriture » (Ginzburg 1980, p. 10). Cela nous rappelle que pour lire ces signes, il faut encore qu'ils existent et le travail du médecin peut alors être de les rechercher, de les faire exister en questionnant le patient et de les noter afin d'en concrétiser l'existence. Si cela vaut pour les symptômes, cela vaut aussi pour les données sociales. Or, nous avons vu que tous les médecins ne font pas cet effort de laisser des traces. Les travaux de Bernard Lahire (1998) peuvent alors nous aider à comprendre la place des pratiques d'écritures dans les « ressorts de l'action » propres à chacun.

Une première explication de l'utilisation de l'écrit se joue dans la concurrence entre une mémoire interne, celle de chaque individu, et une mémoire externalisée symbolisée par ce qui est écrit. On note ainsi certains éléments pour ne pas les oublier, alors que l'on fait confiance à ses capacités pour d'autres. C'est par exemple le cas de Carine quand elle expliquait ne pas avoir noté dans le dossier le fait qu'une patiente n'avait pas de mutuelle, mais que « c'est noté là », désignant sa tête. Ce besoin d'écrire peut également être vu

24 C'est lui qui souligne.

comme une faiblesse de la mémoire, en particulier, nous dit Lahire, parmi les hommes et dans les milieux de faible niveau scolaire. On retrouve ceci avec Arnaud qui affirme ne pas avoir besoin de noter de nombreux éléments par le fait qu'il a « une assez grande mémoire ». Il précise sa pensée en disant qu'il avait des difficultés au début, étant peu physionomiste, ce qui n'est plus le cas actuellement, sous-entendant qu'il a appris avec le temps. Ceci nous amène à une autre observation de Lahire qui décrit une diminution progressive de l'écrit au long de la carrière professionnelle des instituteurs. Au début beaucoup de choses sont écrites, notamment de l'ordre du programme, avec de nombreux détails. Cela relève d'une forme de réassurance visant à ne pas oublier ce dont le métier est fait. Mais il s'agit aussi d'un travail d'appropriation du métier, d'une « appropriation identitaire » pour reprendre les mots de Lahire. En passant de l'écrit à la mémoire interne on pourrait même parler d'incorporation du métier.

Mais l'écrit ne peut être interprété seulement comme un outil de compensation de la mémoire interne. Le fait de prendre le temps de noter une donnée lui donne une place particulière, cela participe d'une mise à distance de l'objet. On passe ainsi de l'automatique, de l'implicite à la réflexion. Simone illustre parfaitement cet état puisqu'elle ne note pas la situation familiale de ses patients pour la bonne raison que « dans [sa] tête, ils sont mariés, ils sont en couple ». Cela constitue pour elle un implicite, ce qu'il n'est pas nécessaire de préciser. Pour le dire autrement, on ne pense pas à ce qui est « dans la tête » alors que l'écrit oblige à reconsidérer les différents éléments pour sortir d'une « logique pratique d'effectuation des pratiques dans l'évidence des choses à faire » (*Ibid.*, p. 144). Dans certains métiers comme l'aviation civile, on oblige cette démarche par l'intermédiaire de *checklists* qui sont utilisées comme un outil d'interruption délibérée du flux d'activité, forçant ainsi une interruption volontaire, consciente (Norman 1993). Danièle donne un exemple de ce que l'on note ou pas dans un dossier à partir de deux situations contraires. Tout d'abord un couple de patients qu'elle considère comme simples et humbles mais avec un logement « hyper hyper luxueux » qu'elle met en opposition avec un autre couple « style bourgeois, très BCBG » mais avec un intérieur sale. Et elle explique ainsi : « Pour celle qui était sale, je l'ai noté parce que ça a eu des répercussions sur son état respiratoire. Je me suis dit : “Un jour ou l'autre elle va avoir des difficultés respiratoires”, donc ça je l'ai noté. Mais par contre pour l'autre dame... ben, c'est juste anecdotique, quoi. » Ce dernier élément restera donc de l'ordre du pré-réflexif, elle en garde un souvenir « agréable » qui pourra influencer son attitude mais elle ne considère pas que cela doit être pris en considération dans sa réflexion médicale.

Cet aspect procédural, lié à la pratique médicale, ne doit pas masquer ce que l'implicite dit de la représentation du monde par les médecins. Si l'on revient sur l'anecdote de Simone, on comprend que sa normalité, c'est que les adultes vivent en couple. On peut mettre cet aspect subjectif idéologique avec le fait que ce médecin est par ailleurs une catholique assumée et revendiquée (une photo du pape est affichée en évidence dans son bureau). Chaque médecin construit ainsi une vision du monde qui lui est propre. Il est aussi des représentations qui sont plus partagées. Nicolas expliquait précédemment qu'il ne demandait pas à ses patients s'ils avaient une mutuelle, parce qu'il considère implicitement – là aussi « dans [sa] tête » – que « c'est temporaire ». Et Bruno considère qu'il n'a pas à s'y intéresser puisqu'il s'agit d'une décision propre au patient, lui-même ayant fait un tel choix. Ainsi, l'absence d'intérêt des médecins pour les mutuelles des patients (peu le demandent et encore moins le notent) peut se comprendre comme une vision du monde : il est impensable qu'un patient n'ait pas de mutuelle de manière durable et, si c'est le cas, c'est probablement suite à un choix rationnel.

2. LES CONTOURS DU « MÉDICAL »

Entre théorie et pratique, les paradoxes du « médical »

De par son approche fonctionnaliste, Parsons (1951) voit dans le rôle de médecin une nécessaire « spécificité fonctionnelle », c'est-à-dire un rôle limité à un certain champ de compétences, sans conséquences sur les autres domaines. C'est elle qui permet au patient d'avoir toute confiance dans le professionnel et lui permet de délivrer des informations habituellement considérées comme intimes, dépendant de la seule sphère privée. « En revanche, si la question du médecin n'a pas de rapport avec la santé du malade, c'est évidemment que le docteur se mêle de ce qui ne le regarde pas²⁵ » (*Ibid.*, p. 307). À cette spécificité fonctionnelle, il adjoint une neutralité affective qui renforce encore la séparation entre médecin et patient en ne permettant pas au premier d'exercer sa profession auprès de personnes pour lesquelles ses émotions pourraient troubler sa pratique, que ce soit dans le cadre de sa famille ou d'une attirance sexuelle par exemple. Certaines actions du médecin sortent d'une composante biomédicale, mais ont toujours directement pour but d'améliorer la santé du patient. En ce sens, on peut les considérer comme faisant partie intégrante du rôle de médecin au sens de Parsons. Dans certains cas, la question se pose pour le médecin de savoir s'il est encore légitime dans ses actions ou s'il dépasse sa fonction. Danièle balance ainsi entre le fait de considérer que l'aménagement mobilier d'un appartement « peut avoir des répercussions sur l'état de santé du patient », et le fait que ses conseils en la matière sont « des choses qui ne font pas partie de notre boulot proprement dit, hein... de la santé du patient. Mais c'est des petits à-côtés ».

Dans les propos des médecins, ce questionnement prend plus souvent une tournure quelque peu différente. Ils utilisent plus volontiers une autre séparation, entre ce qui est « médical » et ce qui ne l'est pas. La plupart des médecins généralistes interrogés s'appuient sur l'idée d'une prise en charge « globale » du patient orientée vers la santé et respectant en cela la spécificité fonctionnelle de Parsons. Ils reprennent ainsi la terminologie utilisée par leurs institutions de tutelles, ce mot revenant régulièrement dans les entretiens. Carine définit ainsi son activité professionnelle : « Je pense qu'un médecin traitant, on a un rôle global et... et s'occuper du patient dans la globalité, pas que

²⁵ Traduction de F. Bourricaud (Parsons 1955).

la médecine et le médical ». En disant cela, elle fait apparaître une distinction entre un rôle qualifié de « médical » et d'autres rôles, tous s'intégrant dans une activité « globale » légitime. À un autre moment et en parlant de certaines situations, elle est amenée à dire : « je fais du social à 100 %, je fais pas du médical », séparant distinctement ces deux entités. De même, Élisabeth parle d'un « rôle social » qui serait un « rôle un peu hors médical ». Ainsi, dans la bouche des médecins, on ne peut définir le « médical » comme l'ensemble de leurs actions. Il existe un rôle « global », qui comprend du « médical » et du « hors médical », et c'est dans ce dernier que l'on peut insérer le « social ». Ce qui est social est vu comme extérieur au monde médical. Le « médical » possède ainsi une définition propre, au sein de l'activité des médecins généralistes, dont on peut supposer qu'il constitue pour eux le cœur de métier. Il est ce qui fait la spécificité de la profession et comprend les tâches pour lesquelles les médecins possèdent un monopole d'exercice et le « mandat » permettant d'en définir le contenu, pour reprendre le terme de Hughes (1996). Dans les discours, ce terme renvoie à des éléments de physiologie, de maladie, de diagnostic, de thérapeutique, etc. Bref à de la science dure et à des aspects individuels. Et même à l'intérieur de cela, l'orientation est donnée vers les maladies graves, où la médecine a un rôle important à jouer, et non la « bobologie ». Pour illustrer le propos, Simone trouve normal que l'assurance maladie rembourse ce qui est « médical », mais pas le reste comme la cellulite : « ce n'est pas la santé, ça ne te tue pas la cellulite ». Si, pour certains, un rôle « hors médical » peut être légitime dans l'activité de médecin, ce n'est pas l'avis de tous. C'est ce que pose sans discussion George, faisant le lien avec sa pratique : « Du point de vue médical, donc, je cherche à faire du bon travail dans ma profession. Mais, du point de vue social euh... j'ai rien à faire ». De même, Alain considère que la profession a été « dénaturée » en devenant un « tampon social de première ligne ». Cette conception consistant à évacuer le social hors de l'activité médicale est très courante parmi les médecins, mais rarement en adéquation avec leurs pratiques comme nous allons le voir. Elle leur permet, par contre, de légitimer certaines actions et d'en rejeter d'autres.

Quand les médecins parlent explicitement de « social », c'est pour faire le plus souvent référence à ce que l'on pourrait qualifier de « problèmes sociaux ». Ceci les amène à séparer une catégorie d'individus cumulant ces difficultés du reste de la population : les « cas-sociaux », recréant ainsi la dichotomie déjà discutée à propos des populations précaires et de l'exclusion. Le social est ainsi plus souvent vu comme un problème que comme une part

de la solution. Une autre conception fréquente est de voir le social à travers son retentissement psychologique. Pour Nicolas, faire cette distinction est un préalable à l'action du médecin. Il faut distinguer la plainte sociale de la souffrance psychologique qui relève seule de la compétence du médecin :

« C'est-à-dire que les personnes qui viennent et qui disent : "J'ai plus de boulot, j'ai ci et j'ai ça..." , "Bon et alors ? Que puis-je pour vous ?" »

— Et c'est embêtant ce genre de demande ?

— Non, ce genre de demande, elle est pas embêtante, elle est inappropriée. Ce qui n'est pas la même chose. Donc euh... Mon job c'est... Ou elle peut se transformer dans une demande qu'eux même ignorent jusque-là, qu'ils n'ont pas encore réussi... à verbaliser. Et là, je vais pouvoir y répondre. Ou, et dans le fond peut-être qu'ils vont réaliser que c'est pas moi l'interlocuteur, ils vont aller voir le véritable interlocuteur.

— Et du coup c'est votre travail, à vous, de leur faire... trouver leur vrai demande ? Ou pas ?

— Alors. Pff... C'est *leur* boulot. Mais... s'il y a de la détresse, ça devient le mien. En partie le mien. Parce que je peux pas régler la détresse d'un problème social. Maintenant, je peux régler la détresse quand c'est leur rapport... à la difficulté qui crée de la détresse. Si le patient a un peu compris ça, qu'on peut un peu essayer de régler ce rapport-là, ça devient mon boulot. Là à 100 %. »

Nicolas a besoin de cette limite pour pouvoir travailler de manière efficace, puisqu'il se considère comme incompetent dans un autre domaine. C'est aussi ce que l'on peut retenir d'un exemple pris avec Alain. Je lui parle d'une patiente, vue pour des problèmes anxieux, car c'est une de ses seules patientes avec une ALD qui ne bénéficie pas d'un tiers-payant :

« Oui, écoute. Mme B. c'est une hystérique majeure. Qui s'est fait foutre dehors de l'EDF. Parce qu'elle était sur un plateau téléphonique et que pour eux c'était insupportable. Et qui a été recasée... Enfin, on lui a imposé une invalidité. Et elle navigue... Bon, elle commence à s'en sortir. Elle a eu énormément de mal à accepter le fait qu'on la mette sur la touche. Voilà. C'est tout ».

Et quand je lui demande s'il fait quelque chose du lien avec le travail, il me répond :

« Hé, qu'est-ce que tu veux ? J'ai essayé de la montrer, de la faire débriefer... d'essayer de lui faire admettre que psychologiquement elle avait des fragilités. Et qu'il fallait essayer de s'adapter à tout ça. C'est pas évident, il y a des gens on a du mal... C'est insoignable ces choses-là. »

Là-aussi, si le médecin connaît les raisons sociales du malaise, c'est le retentissement psychologique qui l'intéresse en premier lieu.

Établir une frontière entre le social et l'activité des médecins est cependant illusoire tant cette démarcation est des plus floues. C'est ce que montrent les pratiques, autant que les déterminants sociaux de la santé. Carine présente ainsi un cas d'espèce. Il s'agit d'un patient de 29 ans, insuffisant moteur et cérébral suite à une tumeur cérébrale bénigne opérée à tort. Le médecin est ici conduit à faire le lien entre la famille, recomposée, et un atelier thérapeutique occupationnel (ATO) où va le patient, les deux partis étant en conflit. Carine se retrouve chargée de faire la part des choses en prenant en compte l'avis de chacun pour aboutir à une synthèse jugeant de la qualité de l'accompagnement, entre autonomie du patient et qualité de vie. Si Carine conclut ironiquement que « c'est du bonheur », elle me présente cette situation afin d'illustrer les consultations où elle se sent le plus utile. Même si le « social » ne fait pas partie du « médical », elle en arrive à affirmer que c'est là qu'elle est particulièrement utile et, qu'en définitive, « c'est quand même une bonne partie de notre exercice ». Bien que certains médecins ne considèrent pas ce rôle comme faisant partie d'un travail « médical », la plupart d'entre eux décrivent cette action sur le social comme prenant beaucoup de temps dans leur activité professionnelle, parfois pour le déplorer.

Ce qui est dedans, ce qui est à la marge, ce qui est dehors

Si le social vu par les médecins renvoie souvent aux problèmes sociaux ou à une forme de psychologisation, les actes des médecins y ayant rapport ne doivent cependant pas être limités par cette typologie. Comme nous allons le voir, d'autres activités sont en lien avec du social.

Un rôle social en tant qu'expert

Parsons décrit comme légitimes certains actes que les médecins interrogés rattachent à une activité sociale, par exemple le fait de réaliser des arrêts de travail. Ceci s'intègre parfaitement dans le rôle de « contrôleur social » de la maladie, cette dernière étant vue comme une « déviance » au sein de la société. Le médecin est l'expert légitime de la santé, c'est donc à lui d'être à l'interface entre les malades et la société. Ainsi certaines activités

sociales semblent aller de soi dans l'activité médicale puisque la société demande aux professionnels d'en certifier la nécessité, voire d'en faire la demande, et ils ont pour cela le monopole de ces actes. En d'autres termes, ces actions sont acceptées par les médecins, car considérées de fait comme partie intégrante de leur rôle, et tous participent à cette tâche bon gré mal gré.

Sont dans ce cas les actions visant à modifier les conditions de vie matérielles des patients et l'instauration d'aides à domicile. George donne l'exemple d'une « femme de 70 ans, habitant au deuxième étage, dans un immeuble » pour laquelle il a « fait un certificat médical, parce qu'elle avait des troubles au niveau des hanches et elle ne pouvait pas se déplacer ». Ce certificat a été fait à la demande de la patiente, dans le but de l'aider dans son projet de déménagement pour un rez-de-chaussée. Paul apporte une situation similaire avec la rédaction de documents visant à faire venir des aides ménagères chez une patiente, et Carine élargit ces aides : « s'ils peuvent pas se déplacer à la pharmacie, j'appelle la pharmacie pour qu'ils livrent les médicaments, s'ils sont d'accord c'est l'infirmière, l'aide à domicile, le portage des repas qui se fait encore, même dans les mas. Voilà, dans la pratique, *grosso modo*, c'est ça ». Plusieurs médecins donnent d'autres exemples d'interventions similaires. Si la demande vient parfois des patients, il arrive que le médecin se sente investi de la mission de convaincre le patient de l'intérêt de ces aides, comme le rapportent Paul, avec une patiente « pas très désireuse » mais qui a finalement accepté ces aides, ou Carine :

« J'ai un couple de patients, le mari et la femme, qui sont retraités tous les deux, qui ont fait des AVC²⁶ ischémiques tous les deux, qui sont hémiplésiques, elle plus touchée que lui... et qui refusent en fait toute aide à domicile. Elle, elle a mis sa fierté là-dedans en disant : "J'ai un fauteuil roulant mais j'arrive à faire l'entretien de la maison, à me débrouiller. Je ne veux personne, je refuse." Je me suis installée en 2007. Six ans plus tard elle me tient toujours le même discours. Mais 2007... elle m'a fait visiter sa maison, sa maison était correcte, correcte plus même, il y avait rien à dire. Six ans plus tard... c'est un peu plus difficile. [...] On est toujours dans cette idée, elle d'y mettre sa fierté : "Non, moi ici, personne m'aidera, je me débrouille toute seule, j'ai besoin de personne".

— Qu'est-ce que ça vous fait, ça ?

— Ben, j'y retourne, et j'y retourne, et je lui redis : "vous savez, ce serait bien... il faut..." Mais voilà quoi. Les infirmières, elle en voulait pas, elle a fini par les accepter. Je me dis qu'un jour elle finira par accepter le reste. Donc j'ai pas jeté l'éponge.

26 Accident vasculaire cérébral.

Parfois même, le médecin tente de passer outre l'avis du patient comme l'a fait Carine lors de l'hospitalisation d'une patiente vivant dans des conditions d'insalubrité importantes. La patiente « ne voulait pas » mais la médecin souhaitait « profiter de la situation », ce qui n'a pas pu finalement se faire.

Une aide directe

Dans d'autres cas, il peut y avoir des aides directes, parfois matérielles, de la part du médecin. Lorsque je rencontre Paul, et avant même ma première question, il donne quelques conseils au médecin généraliste non encore installé que je suis. Il désigne sa photocopieuse et la caractérise comme le « premier outil du médecin généraliste » et me conseille d'en acquérir une « avant d'acheter le stétho, avant d'acheter l'appareil à tension ». Il s'en sert pour ses propres archives mais également au bénéfice des patients et de la gestion de leurs documents administratifs : « la sécu qui demande aux patients et les patients le [lui] demandent ». De nombreux papiers concernant les patients se retrouvent ainsi au sein de son cabinet, en partie, explique-t-il, du fait d'un certain « illettrisme » :

« Ils savent pas remplir un chèque. Tous les papiers, ils savent pas les remplir, ou ils lisent même pas le courrier qu'ils reçoivent.

— Et du coup, c'est vous qui vous occupez de tout ça ?

— Ben, oui. Ils m'amènent tous ces papiers... même si ça me concerne pas.

— C'est vous qui les gérez. Quoi par exemple ?

— Pff... Tout et n'importe quoi, des fois même, ils reçoivent un papier pour eux, la sécu. Ils me l'amènent : "Il faut que vous remplissiez". Je dis : "Mais, c'est pas écrit pour le docteur, c'est à vous de remplir... On vous demande des papiers, telle et telle chose..." »

Il se retrouve alors à expliquer le contenu de ces courriers et à orienter les patients vers les services sociaux compétents. Mais il lui arrive aussi d'aider directement les patients lorsqu'il le peut, notamment s'il s'agit de documents de la sécurité sociale et bien que cela ne le concerne pas directement : « Ben oui. Qui autrement ? [...] Je lis, je leur dis ce qu'il faut faire, je leur fais des photocopies s'il leur faut... [...] S'il y a un truc que je peux faire, je le fais. C'est évident. Oui, oui, oui, c'est pas... C'est normal, autrement je serais pas là. Je serais pas [dans ce quartier]. » Il le fait, mais lie cette activité non pas à celle habituelle de médecin généraliste mais au contexte d'exercice dans un quartier populaire. Carine agit de même pour certains de ses patients, dont le couple précédent de personnes âgées hémiplegiques :

« Des fois je n’y vais que pour faire des courriers, mais qui ne sont même pas d’ordre médical, mais qu’ils sont pas capables de faire, voilà. Donc euh... Parce que l’assistante sociale peut pas... alors forcément le docteur il peut, hein, il a le temps ! »

Où l’on retrouve également un motif de grief contre les travailleurs sociaux, montrant un partage des tâches, une division du travail entre ces acteurs que nous aborderons ultérieurement.

Une autre manière décrite par Arnaud pour aider directement un patient a été de lui trouver du travail, et en l’occurrence de le prendre à son service. Il intègre cette action dans celle, plus large, qu’il évoque quand il parle de son rôle comme de celui d’un « bienveillant », d’un « parrain » :

« Je continue aujourd’hui de les parrainer, à tel point que je l’ai engagé, euh... j’ai plusieurs métiers, moi... Je dirige un domaine qui organise des mariages l’été. [...] Et de ce fait, eh bien, je l’ai engagé en tant que gardien de nuit pour les mariages. [...] Et aujourd’hui, j’ai réussi à le faire inscrire en tant qu’auto-entrepreneur. Et il me suit. Et aujourd’hui je lui trouve des jobs. [...] Il se lance aussi dans l’entretien des jardins, et cetera. Et il est déjà venu plusieurs fois m’aider à ramasser des feuilles, brûler des feuilles, et cetera. »

D’autres aides directes consistent, par exemple, à effectuer un tiers-payant, un acte gratuit ou à donner des médicaments. Cela peut passer également, pour deux médecins, par la remise directe d’argent à des patients. Paul évoque ce genre d’épisode alors que nous parlons justement des actes gratuits qu’il fait régulièrement sur la part complémentaire et que je lui demande s’il lui arrive de réclamer cette somme par la suite :

« Ah ! Euh... Ils les ont pas... Ils les ont pas, ils les ont pas. Je vais pas... Je les connais.

— Vous les connaissez ? Vous savez qu’ils ont pas les moyens, c’est ça ?

— Oui. Parce que c’est souvent qu’ils me demandent : “Vous avez pas 5 €, pour m’acheter à manger ?” Bon c’est pour... [Il mime le fait de boire]

— Boire, aussi.

— Oui, c’est pour acheter quelques bières, mais enfin bon...

— Et ça vous arrive de leur donner de l’argent comme ça ?

— Bien sûr. Oui, une pièce... 2 €. C’est pas des grosses sommes, mais c’est... “Je vous le rendrai”. Bon alors... C’est obligé [dans ce quartier]. »

L’autre médecin ayant recours à cette pratique est Arnaud, parfois pour aider à payer les médicaments prescrits. Mais si l’on peut parler de « don », au sens maussien du terme,

dans le premier cas, le second ne peut entrer dans cette catégorie du fait de l'intéressement clairement attendu en retour de ce qu'il donne. Cela fait même partie d'une stratégie assumée pour faire changer le comportement de patients :

« Je prête de l'argent à des patients, j'en donne... Hein, ils me l'ont pas rendu, donc comme je l'ai pas réclamé, c'est comme si je l'avais donné. Et je l'ai fait volontiers. [...] C'est le lien, pour moi ça me paraît évident. C'est même une facette, la facette la plus intéressante... Alors après je les éduque. C'est-à-dire je donne de l'argent mais c'est moyennant... un discours. »

Il me donne ensuite un exemple de cette « éducation ». Cela concerne une femme, « alcoolique », souvent amenée par une de ses filles qui s'en occupe beaucoup. Une mesure de tutelle est en cours mais n'est pas effective :

« Donc elle touche son mois au 1^{er} ou au 6, et le 10 il est bu et fumé. Et donc, quand elle arrive le 25 ou le 30, la dernière fois elle m'a dit : "Vous savez, c'est très dur de pas fumer." Et donc, je lui ai donné le prix d'un paquet de cigarette en argent. Et je lui ai dit : "Voilà, je vous le donne, mais aujourd'hui vous n'avez plus les moyens de fumer un paquet par jour, donc ne faites pas comme vous faites au début du mois. C'est-à-dire, avec ce paquet, vous allez faire pendant une semaine. Donc une semaine, 20 divisés par 7, ça fait 3 cigarettes par jour, et pas plus. Les meilleures, après les repas. Sinon, demain vous n'en aurez plus. Et je vous assure que, moi, je ne peux pas cautionner ça. Vous pouvez pas demander décemment, régulièrement, à un médecin, à votre médecin de financer vos clopes." Voilà. Donc ça, c'est arrivé. »

On voit à travers ces divers exemples qu'aider directement le patient ne se fait pas toujours dans le cadre de la spécificité fonctionnelle de Parsons. Aider un patient pour des documents relatifs à son assurance maladie, ne pas lui faire payer une consultation ou lui donner des médicaments ont un lien direct avec la santé. Ce lien se distend quand il s'agit de s'occuper d'autres documents administratifs ou de donner du travail. Ces agissements peuvent même être considérés comme à l'opposé de sa vocation lorsqu'un médecin donne de l'argent à un patient tout en sachant pertinemment l'usage qu'il en sera fait, à savoir boire de l'alcool ou fumer. Il est ainsi clair que l'action du médecin ne se limite pas à la stricte composante biologique ou psychologique et dépasse même parfois le cadre sanitaire, ce que nous allons continuer de développer.

L'éducation à la santé

L'éducation fait partie des moyens utilisés par les médecins pour agir sur les conditions de vie et les comportements en santé. Danièle évoque ainsi l'attitude qu'elle adopte devant l'aménagement de l'appartement de patients âgés où « tout était entassé », conduisant à un risque de chute : « on peut être amené à leur dire : “Écoutez, débarrassez un peu ça, vous allez tomber...” [...] On peut conseiller ». Et elle donne ensuite un autre exemple, déjà rapporté, avec le risque sanitaire lié aux animaux de compagnie et à l'hygiène en général, notamment en cas de soins pour une plaie. De même, Arnaud tient à « expliquer le lien » entre hygiène et répercussion sur la santé, il en va pour lui de la « responsabilité » du médecin. Et il prend aussi l'exemple d'un chat, vecteur de saleté, de maladies ou d'allergies, pour aboutir à l'importance du ménage et de la propreté. Dans une optique similaire mais plus large, Paul s'avère être un fervent partisan d'une forme d'éducation populaire. C'est particulièrement le cas chez les plus jeunes, ceux-là mêmes qu'il qualifiera « d'ignares de la fonction médicale » :

« C'est vrai que moi, les jeunes, j'aime bien leur expliquer. Quand j'ai un jeune, chaque fois qu'il veut un certificat sportif, hop, je l'allonge, je lui palpe le ventrou et je lui demande s'il connaît des choses de son ventre. Ils connaissent rien. Ben je lui dis : “tu vois là y a ça, là y a ça”, c'est déjà un petit quelque chose. C'est l'occasion. C'est vrai que c'est un peu ma marotte. Hein, les filles, chaque fois que je leur fais... je leur apprends comment ça marche un cycle, quand elles viennent pour la pilule. Ils savent pas... »

Et quand je lui demande s'il y a du répondant en face, il me dit : « je sais pas s'ils écoutent, mais là je suis obstiné ». Et il poursuit ensuite : « C'est important qu'ils apprennent le minimum ». Même s'ils ne sont pas intéressés sur l'instant, il est important pour lui que ces jeunes sachent qu'ils peuvent obtenir des réponses à ces questions en venant le voir au cabinet.

Dans le même ordre d'idée, l'éducation peut concerner le système de santé et l'accès à des aides auxquelles « ils ont droit », comme le dit Paul. Plusieurs médecins expriment le fait qu'ils informent les patients concernant leurs droits d'assurance maladie. Ce même médecin donne ainsi l'exemple de patients en situation irrégulière qui « ne sont pas au courant » de l'existence de l'AME, « alors [il] leur dit ». Carine explique qu'un de ses patients, plutôt âgé, n'avait pas ou plus d'assurance maladie « parce qu'il n'avait pas fait les démarches » et c'est elle qui a dû s'en occuper afin qu'il puisse bénéficier de la CMU-C dans une aide qui comporte à la fois une part d'éducation et d'aide directe. Arnaud fait de

même avec l'assurance complémentaire : « Je les pousse à en avoir ». Il explique ainsi à ses patients l'intérêt d'en avoir une et que « plus on attend, plus c'est cher ». Et il va même jusqu'à leur donner « des adresses où elles sont les moins chères ».

On sent dans les exemples de certains médecins, et d'Arnaud en particulier, un jugement condescendant sur l'état des connaissances et les actes des patients. En contrepartie, le professionnel se fait un devoir de compenser ces défaillances dans un élan de paternalisme bienveillant :

« Ce matin, j'en ai vu une qui avait la gale. Bon, la gale, elle se grattait de partout, donc on a réexpliqué comment faire. J'ai dit : "Vous savez, maintenant qu'il y a plus votre fille, parfois vous pouvez vous laisser aller à la maison, je vous connais. Vous avez un chat, et cetera. Vous avez la machine à laver qui est tombée en panne. Voilà l'explication. Donc les vêtements, au lieu de les garder un jour, vous les gardez deux. Au lieu de les garder deux, vous les gardez trois." En fait, au lieu de les garder une semaine, elle les garde deux. Ça, je l'ai pas humiliée. J'ai donné des exemples, elle avait son compagnon qui était là, j'ai dit : "Voilà, maintenant, vous allez faire des sacs. Ça, ça peut aller à 30 degrés. Ça, ça peut aller à 50". Donc, j'ai donné des règles bien précises. »

On rejoint une certaine idée du pardon, celle d'une plus grande indulgence face à des personnes non-éduquées ou mal éduquées. Mais par son côté moral indiquant la bonne manière de concevoir la santé, on passe d'une éducation à une « rééducation » pour reprendre le terme de ce médecin concernant l'apprentissage des règles de fonctionnement de son cabinet.

L'éducation de l'individu

Dans l'éducation comme pour les autres actions, la frontière du sanitaire est vite franchie par les médecins. Ainsi, Paul poursuit son éducation populaire jusque dans la salle d'attente :

« On comprend qu'ils lisent pas, qu'il n'y a pas de bouquins, qu'il n'y a pas de... les enfants... ils ont pas de livre, oui. De temps en temps quand j'en ai, j'en mets dans la salle d'attente, ils les prennent et je suis content. »

On retrouve ici des médecins qui conçoivent leurs relations avec les patients comme dépassant le seul cadre de la santé. L'éducation se transforme ici plus volontiers en avis éclairé sur une situation qui n'est pas de l'ordre du sanitaire, un avis de "sage" est-on tenté de dire. Elisabeth parle ainsi de consultations où elle est amenée à donner des « conseils »

à ses patients sur des « décisions importantes à prendre dans la vie ». Et elle donne l'exemple d'un conflit familial entre des parents et un enfant qui s'est éloigné d'eux, où elle a expliqué aux premiers que c'était à eux de prendre les devants : « C'est à vous à lui téléphoner, à lui dire : "Viens" ».

Cette éducation ou ces conseils peuvent être plus ou moins dirigistes. D'un côté, on peut observer des médecins qui poussent le patient à une forme de réflexivité, à se poser des questions, alors que d'autres donnent plus facilement une direction, apportent la réponse avec eux. Magali essaie de se situer dans la première catégorie. Vis-à-vis des questions d'emploi, elle donne aux patients l'image d'un « tabouret à trois pieds » composé du travail, de la famille et de la vie sociale, et explique la nécessité d'aboutir à un équilibre. « Sans forcément dire : "quittez votre travail", tu vois, je leur dis plutôt : "Renforcez les deux autres pour que ça compense" ». Sa stratégie consiste plus à « induire » qu'à affirmer. Elle tente de projeter les patients dans l'avenir, considérant qu'« il faut être acteur, un peu, de sa vie et pas la subir ».

Arnaud présente quant à lui une stratégie visant à modifier les comportements de certains de ses patients dans un sens qu'il détermine lui-même : « Je vais, au fil du temps, les éduquer. En tout cas tenter de distiller un discours. Mais je vais y aller très soft, parce que... les gens il faut pas les vexer, il faut pas les braquer. Sinon... encore moins les humilier. » Et il donne deux exemples qui illustrent parfaitement sa pratique et l'étendue des domaines concernés :

« Dans cette famille-là, il se trouve que j'ai réussi à faire progresser. C'est-à-dire que le frère de celui dont la femme est partie, eh bien lui, avait une voiture customisée qui valait... une GTI qui valait euh... allez, 10 ou 15 briques. Et il roulait avec ses enfants, ses cinq enfants dans les LN là, les pots de yaourt, sans ceinture. Et un beau jour j'ai dit : "Mais, Laurent, ça va plus ça. Là, vous avez une Mercedes qui vous coupe la route... Vous, vous êtes déjà mort, votre épouse aussi devant. Et les enfants, ceux qui vont survivre, c'est ceux qui seront... qui auront été projetés dans un... sur un matelas, qui sera là, qui traînera dans la rue. C'est... on fait de la bouillie". Et il m'a écouté. Et 6 mois après, il a acheté une Renault Espace, et le beau-frère a suivi. Donc, j'ai pu jouer là-dessus. Il a pris conscience ce jour-là, que... il y avait plus important que sa belle voiture customisée qu'il utilisait le dimanche pour crâner. »

L'autre exemple concerne une patiente « avec un intérieur minable » :

« Par contre tous les matins, elle va chercher son croissant à la boulangerie, alors qu'elle pourrait les acheter en stock dans les supermarchés, et elle va... elle s'installe avec son croissant à la terrasse dans un café, elle prend un café. Un café c'est 1,50 €, monsieur Birouste. Bon, avec 1,50 €, déjà, on achète une portion de 200 grammes de steak. [...] Voilà, alors on fait la belle, on se promène [en ville]... Et alors progressivement, j'ai abordé le sujet, j'ai expliqué, j'ai dit : "Vous savez, je vous vois souvent au café, tout ça. Vous êtes toujours en difficulté pour payer ci, pour payer là, vous m'en parlez." Mais, j'ai dit : "Vous savez qu'1,50 € par jour, vous savez que ça fait 45 € à la fin du mois. Vous savez qu'avec 45 €, vous... vous changez euh... les chaussures de deux de vos quatre enfants. Vous savez que..." Hein, ils le réalisent pas ça. J'ai dit : "Vous savez, c'est des économies de tous les jours, des petites économies qui font que..." Voilà, et on discute comme ça de l'hygiène, on aborde ces sujets. Et c'est un rôle qui me plaît énormément ça. Qui me plaît énormément parce que sinon on est des prestataires de service. Vous arrivez, vous allez me dire : "J'ai une angine." Je soigne l'angine. Mais je soigne des amygdales, je soigne pas monsieur Birouste. Et là, on s'intéresse aux gens, de façon globale. Et moi, je suis beaucoup dans la globalité. »

Ces approches sont très normatives dans ce que devrait être la vie des personnes concernées et les priorités qu'ils devraient avoir. Arnaud ne propose pas des possibilités ni ne cherche à construire ce qui serait le mieux pour cette personne, il dicte une certaine manière de voir ce qui est bon pour le patient. C'est en ce sens-là qu'il est très paternaliste, ce qu'il revendique par ailleurs comme un gage d'efficacité :

« Je pense que je suis très paternaliste dans ma façon d'exercer, c'est-à-dire que l'effet placebo, je l'utilise à 100 %. C'est-à-dire c'est clair et je récite tout clairement, mon schéma directionnel, mal logique. Hein, bien sûr que je vais adapter en fonction du patient, en fonction de ses connaissances, et dans la précision et dans le choix des termes, et à la fin je vais dire : "Voilà, donc ça, ça va marcher". »

Après ce premier argument de l'efficacité pour justifier cette manière d'être, il en ajoute un second quand je lui demande s'il conserve cette pratique avec tous ses patients : « Avec tout le monde. Et les gens ont besoin, ils sont coachés avec moi. » Ce serait donc pour répondre à un besoin, voire une demande des patients qu'il agit de la sorte. Et il conclut : « Je pense être un coach. Je suis le coach de leur santé », et de beaucoup d'autres choses pourrait-on ajouter.

Un rôle en dehors du cabinet

Bruno se questionne souvent au cours de l'entretien sur les limites du domaine d'exercice du médecin généraliste. Il est tiraillé entre une envie de changer les choses et un fatalisme concernant les maisons qu'il considère comme culturellement pauvres. Il évoque également le fait que cet état soit « la conséquence aussi d'un choix de vie, de priorités, de centres d'intérêts, de sollicitations extérieures », ce qui me fait lui poser la question de l'opportunité de changer les modes de vie de ses patients :

« Non, je pense que... c'est pas notre rôle de changer ça. Alors, peut-être de le changer ce serait bien, oui. Mais au prix d'une énergie, d'une débauche d'énergie, qui me paraît quand même... qui serait quand même très importante. Je pense que c'est pas mon rôle... l'intérêt de le changer, oui peut-être et encore j'en suis pas sûr. Mais bon, si, il peut y avoir un intérêt. Et après... mais pour changer ça... voilà. Après aussi, c'est la conséquence que chacun doit assumer un petit peu... ben, la situation dans laquelle il s'est mis. Et enfin... et enfin, pour changer ce genre de chose, ça demanderait... un déploiement d'énergie... Voilà, parce que c'est multi... multifactoriel, et donc il faudrait jouer... par petits points, un peu partout pour faire changer les choses. »

Pour Bruno, « socialement, [le médecin] est plus utile en dehors du cabinet médical » et donc hors du cadre d'une relation individuelle médecin-patient. Ainsi, il est depuis longtemps membre d'une association qui gère un centre de vacances pour enfants. D'abord avec un rôle de médecin, il est ensuite devenu président de cette association dans laquelle il a lui-même beaucoup été enfant. Il parle d'un « engagement social fort de cette association sur l'égalité des gens en maillot de bain, l'été, que les enfants viennent [d'un quartier populaire] ou que le père roule en 4 x 4 ». La mixité présente dans ce lieu est le fruit d'un travail conscient, c'est un des objectifs recherchés. C'est, pour lui, une différence notable avec son cabinet médical où il se considère « plus en situation de réception que d'action. On change pas les choses, quoi. Enfin si, on change les choses, mais... individuellement ». Il continue ensuite son propos de manière plus générale :

« Pour moi le médecin dépasse le cadre du cabinet médical, à mon avis. Je pense que si je m'étais installé... Si je m'étais installé au Vigan, j'aurais un autre rôle social. Enfin, j'aurais toujours mon rôle de médecin, mais j'aurais un rôle social très important dans un village. Qu'on peut pas avoir dans une ville... »

Et il précise son idée en expliquant qu'il se serait « sûrement impliqué sur un plan associatif, peut-être sur un plan politique au niveau de la Mairie du village ». Alors qu'il

rejette une certaine forme d'action médico-sociale au sein du cabinet (« je suis là pour soigner les gens, je suis pas là pour... je suis pas une assistante sociale »), il lie cette action hors les murs avec le statut social de médecin. C'est en tant que médecin qu'il se verrait un rôle social dans le village, faisant écho aux propos du CNGE sur le rôle d'« interpellation » et de « démarche citoyenne » donné par la position du médecin généraliste au contact des inégalités sociales de santé. Il transforme ainsi une action qu'il juge péjorative quand elle est réalisée au sein du cabinet, en une action en grande partie similaire mais rendue positive par le statut social de notable du médecin à l'extérieur du cabinet.

Le « sale boulot » et ce qui est valorisé

Submergé par le social

Nous avons vu comment les médecins se trouvent parfois dépassés par ce qu'ils rencontrent au cours de leurs visites. L'altérité rencontrée à cette occasion peut être pour eux une épreuve qui les dépasse. Il en est de même au cours du déroulement des consultations et du travail des médecins qui peut en pâtir. En ce sens, le « social » gêne le « médical ». Dans différents exemples pris précédemment, les problèmes sociaux des patients sont un obstacle à la prise en charge biomédicale, que ce soit en termes d'accès aux soins, de compréhension ou de priorités du patient. S'en occuper, « en plus » des questions « médicales » prend du temps comme le rapporte entre autres Carine à propos du patient en atelier thérapeutique occupationnel. C'est « chronophage », comme aiment à le dire les médecins, et cela peut entrer en conflit avec les modalités d'organisation de la médecine générale, activité libérale payée à l'acte, ou des consultations sur rendez-vous avec le risque d'être trop en retard.

Dans ce cas, certaines activités, en particulier de prévention, peuvent en faire les frais. Quand je confronte Magali au dossier d'une patiente qui n'a pas de frottis cervico-utérin à jour, elle m'explique qu'il est « des contextes » où la question « et votre frottis ? » n'a pas sa place. Dans ce cas précis, la patiente, qui ne vient pas souvent, avait consulté peu de temps après une tentative de suicide de son mari. On peut élargir cette situation, avec les propos de plusieurs médecins, aux problèmes psychiatriques en général, souvent liés à des questions sociales comme nous l'avons vu. Le FCU est particulièrement touché par ce phénomène du fait de son aspect technique et de la part d'intimité qu'il porte, nécessitant

souvent une consultation à part entière. On retrouve une situation similaire avec Anne-Élise et une patiente dont la tension artérielle est notée « à surveiller » mais qui n'a pas eu de prise de sang récente évaluant son risque cardiovasculaire. Elle m'explique avoir beaucoup discuté des problèmes de santé du fils de la patiente : « Tu te fais déborder parce que tu parles de tellement de choses avec ces gens. » Et quand je lui demande si elle est parfois débordée par les problèmes sociaux, elle me répond que « oui, c'est ce qui prend le plus de temps ». Ce médecin m'explique que certains de ses confrères règlent la question en limitant le nombre de motifs à trois par consultation, considérant que pour faire correctement le travail il faut limiter le nombre des problèmes. « Tu viens, tu as trois questions maximum, la prochaine c'est pour la prochaine consultation. Je rêverais d'être comme ça » dit-elle en rigolant et en pensant au confort que cela représente « pour soi-même » et pour mettre un cadre aux patients. Mais elle ne sait pas faire et d'une certaine manière ne veut pas le faire.

L'importance en temps et utilité de ce domaine d'activité s'accompagne cependant d'une impression d'action vaine devant l'ampleur de la tâche et le manque de moyens efficaces pour les médecins. Plusieurs d'entre eux décrivent ainsi des tentatives de changement des conditions de vie de patients qui aboutissent à des impasses, à des refus ou à des rechutes. Paul donne l'exemple d'une femme vivant avec son fils de 20 ans dans ce qu'il décrit comme un « capharnaüm » avec des conséquences en termes d'hygiène. Il a essayé de faire venir des aides ménagères mais elles sont reparties suite à un mauvais accueil. Et puis un jour :

« Ils ont eu un problème d'appartement. Il a brûlé, je sais pas quoi... Ils ont déménagé, un truc tout beau, tout nickel. Deux ans après, c'était comme le premier. Bon, qu'est-ce que vous voulez faire... C'est difficile... »

Carine raconte une histoire similaire, menant à une impasse, avec la tentative de modifier les conditions de vie du couple âgé refusant toute aide. Elle pensait pouvoir arriver à quelque chose le temps d'une hospitalisation mais les services sociaux n'ont pas suivi.

Certains médecins sont alors désabusés devant ce type de situation. C'est le cas de Nicolas qui, quand je lui demande ce qu'on peut faire en pratique face à de tels cas, me répond :

« Pas grand-chose. Pas grand-chose, parce qu'en général, le social a été fait depuis longtemps. Et si je parle des assistantes sociales... ça a déjà été usé, ré-usé. Ou nié, ou

rejeté depuis bien longtemps. Et je suis le centième qui passe derrière. On est pas Superman dans cette histoire »

Cette impuissance lui fait dire que « quand on rentre dans ce domaine-là, c'est un métier désespérant ». Bruno en vient à peu près au même constat en expliquant qu'au début de sa carrière il a essayé de faire bouger les choses, à un moment où il avait « un peu plus la foi » de ce côté-là de son travail. Mais il sous-entend à demi-mots que ce n'est plus le cas et il argumente ensuite :

« Non, je pense pas qu'on puisse faire grand-chose, en tout cas nous, quoi. Après là-aussi, c'est des multiples choses qui peuvent agréments. C'est-à-dire c'est des sollicitations qui peuvent être par la famille, par des amis, par et cetera. Mais ça, ça dépend du tissu social qu'ils ont eu ou qu'ils n'ont pas. Et en général c'est qu'ils l'ont pas, s'ils sont dans cet état-là c'est qu'autour d'eux ça s'est dégradé. Après pour faire bouger ça, il faudrait avoir une énergie... Faudrait surtout avoir une disponibilité... importante. »

Il existe une ambivalence entre une action sur le social considérée parfois à la limite du rôle du médecin mais jugée primordiale par nombre d'entre eux et des résultats qui ne suivent pas.

Le « sale boulot »

Faire cette distinction des domaines d'action, entre social et médical, amène plus facilement les professionnels à faire appel à d'autres professionnels pour gérer les questions sociales. Ils délèguent ainsi certaines de ces tâches, considérées comme ingrates, à d'autres professionnels dont ils considèrent que c'est davantage le rôle, à savoir les assistantes sociales²⁷. On assiste ainsi à une division du travail, telle que décrite par Everett Hughes, avec la notion de « sale boulot » qu'il applique notamment à la répartition des tâches entre professionnels de santé (*Ibid.*). C'est le cas lors de plusieurs des demandes « sociales » de Carine. Si elle appelle la pharmacie lorsque des patients ne peuvent pas se déplacer, elle ne s'occupe pas directement de « l'aide à domicile » ou du portage des repas et « la plupart du temps, les [fait] transiter par l'assistante sociale de la Mairie ». Il existe dans ce cas comme dans celui décrit par Hughes une division technique du travail, liée aux compétences de chaque professionnel. Le document certifiant que l'état de santé d'un patient nécessite des aides à domicile est réalisé par le médecin, la demande d'aide elle-même est gérée par les travailleurs sociaux. Chacun possède son propre « mandat ». Mais

²⁷ J'utilise ici le genre féminin pour coller aux propos des médecins, aucun n'ayant parlé d'assistant social.

dans de nombreux cas, la situation pourrait être conduite par l'un ou l'autre. On voit dans le cas précédent que Carine veut bien contacter un autre professionnel de santé, le pharmacien, mais pas la femme de ménage ou l'association responsable du portage des repas. Hughes explique ceci par l'existence d'une division morale du travail. Dans cet exemple, on retrouve les mêmes séparations que celles qu'il établit à l'hôpital, avec une moindre valorisation des actes réalisés par les aides-soignantes (repas, toilettes) et les agents hospitaliers (ménage). Une différence notable est que le sale boulot ne porte pas particulièrement ici sur la « saleté physique » elle-même mais sur le fait d'organiser ce travail et comporte d'autres formes de dépréciation. Les médecins se plaignent ainsi d'une activité sociale « chronophage », « administrative », et, nous l'avons vu, avec un fort sentiment d'échec. Carine rapporte ainsi un échange avec une assistante sociale, au sujet d'un patient orienté dans le but d'obtenir la CMU-C. Devant la stagnation de la procédure, elle a directement contactée l'assistante sociale qui lui a répondu qu'elle ne pouvait rien faire si le patient ne venait pas, réponse qui n'a pas plu au médecin :

« Je lui ai dit : “En attendant il refuse de faire ses prises de sang parce qu'il peut pas, moi je lui donne des médicaments, je le fais pas payer... Mais il faut que tout le monde y mette du sien. S'il veut pas venir vous voir, vous pouvez quand même lancer le dossier, et continuer à faire les démarches”. Je me suis un peu disputée avec elle en lui disant qu'il fallait que tout le monde fasse des efforts et elle aussi quoi. »

De cette « dispute » sur qui fait quoi, on comprend que le médecin renvoie la charge de cette tâche sur l'assistante sociale. Elle fait sa part de boulot, et même plus en ne faisant pas payer le patient, à l'assistante sociale de régler le reste. Cette dernière, pour se défendre, déplace à son tour l'inaction vers le patient qui en devient responsable. Dans cette division des tâches, le patient a donc aussi une part à assumer.

Cependant, quand je lui demande si elle connaît ces professionnelles du fait de ce lien, elle me répond : « Non, pas du tout. Ne me demandez pas même leur nom... » Elle a déjà eu quelques contacts directement avec celle du village dans lequel elle est installée mais pas avec les autres puisque, là encore, c'est le patient qui a la responsabilité de ce contact. Elle explique aussi cette distance par des expériences malheureuses, comme l'exemple précédent. Il existe une incompréhension entre ces deux groupes professionnels qui est rapportée également par d'autres médecins, et de manière criante par Bruno : « Il y a un gouffre entre nous et eux ». Alain illustre cette distance par l'appartenance à deux mondes différents, un libéral et l'autre public, qu'il décrit caricaturalement : « Pff. Qu'est-ce que tu veux, c'est des fonctionnaires. [...] Faut les avoir entre le thé, la fermeture et l'arrêt

maladie, quoi. [...] Après, quand tu les as ça va. » Bruno reproche aux services sociaux la lourdeur des procédures, « ça demande beaucoup trop d'énergie pour nous », et le manque de souplesse des personnels. Pour lui, il faudrait

« des interlocuteurs plus proches, plus réactifs. Et plus proches des familles quand nous on en a besoin. Je pense que si c'est nous qu'on déclenche les services sociaux, c'est qu'il y a quand même une certaine nécessité, et que nous, aujourd'hui, on a pas l'impression qu'il y ait du répondant de ce côté-là ».

Le médecin continue ensuite en reprochant aux services sociaux de ne pas être « à [leur] disposition », puis il se ravise ensuite : « enfin, à la disposition des patients ». En substance, le problème est un conflit de hiérarchie, les médecins considérant les assistantes sociales comme des aides subalternes, des aides dans la prise en charge qu'ils ont décidée, et non comme des partenaires. Si le médecin « déclenche » une procédure, c'est qu'il a constaté un déficit social chez le patient. Il est maître du diagnostic biologique – et ici seul maître du fait d'un monopole –, mais se revendique aussi apte à un diagnostic social. Une fois ce constat effectué et certifié, c'est par contre au travailleur social de prendre le relais et de régler le problème, voire d'appliquer les prescriptions du médecin. Ainsi pour Alain, l'avantage de contacter directement les travailleurs sociaux réside dans le fait qu'au moins « ils savent à qui ils ont à faire », sous-entendant que c'est aux travailleurs sociaux de le connaître, et pas l'inverse. Pour consolider cette hypothèse hiérarchique, il serait intéressant de recueillir l'avis des assistantes sociales et de confronter les points de vue.

En outre, se surajoute un évident problème de communication, ou plutôt d'absence de communication entre professionnels, traduit ainsi par Bruno : « la seule relation qu'on ait, c'est quand on a les dossiers dans les mains pour remplir les dossiers, pour faire passer en commission, c'est tout ». Pour beaucoup de médecins, le contact avec les travailleurs sociaux de secteur n'est pas habituel, ce qui est confirmé par d'autres études, « comme si les médecins devaient gérer seuls les décisions touchant à une intervention dans ce domaine » (Haxaire, Genest et Bail 2010, p. 139). Cette sensation d'isolement, contraint ou induit, est confirmée par Carine qui explique que si certains patients peuvent la remercier de cette activité « sociale », elle se retrouve toute seule à l'assumer : « Voilà, on vous dit que c'est bien, mais il y a personne qui vous aide en fait. Donc euh... voilà. Des fois c'est chiant » conclut-elle plus bas. Et quand le contact avec les travailleurs sociaux arrive, c'est souvent en dernier recours, « quand on rentre dans le clash, quand on arrive à la dernière minute, c'est-à-dire quelqu'un qui est à la maison et qui peut pas tenir ». Il est intéressant de constater que ce que les médecins reprochent parfois aux malades, à savoir

attendre le dernier moment pour consulter, conduisant à un stade avancé de la pathologie, eux-mêmes le pratiquent quand il s'agit de questions sociales.

Un autre exemple confirme que le social, sous certaines formes, peut être appréhendé comme du « sale boulot ». Cela concerne la connaissance du coût des soins pour le patient. Certains médecins s'en désintéressent complètement, renvoyant cette tâche hors de leurs compétences et de leur fonction. Pour ce qui est des médicaments remboursés ou non, Simone dit ne pas le savoir pour la plupart : « je ne sais que les classiques » ; et Élisabeth déclare d'abord les connaître « en gros » mais elle se décharge ensuite de cette responsabilité en affirmant qu'elle dit toujours au patient : « Demandez au pharmacien, voyez avec lui, il connaît mieux que moi ». Bruno explique cette indifférence par une valeur supérieure du « médical » sur le « social » :

« On essaye de prescrire des médicaments qui sont utiles et efficaces, et qu'ils soient remboursés ou pas euh... si on a la conviction qu'ils sont nécessaires on les prescrit. Après, moi, qu'ils soient remboursés, cher ou pas cher, j'en ai rien à faire... Je veux dire par là que... un médicament efficace... Voilà, s'il est efficace et que j'ai pas d'équivalent, je vais prescrire le médicament efficace même s'il coûte quatre fois le prix des autres, hein. »

Il concède cependant que, en pratique, il n'en prescrit que très peu, car les médicaments les plus utiles sont tous remboursés. Et donc, même si un patient refuse des médicaments non-remboursés, cela ne va pas « altérer la thérapeutique », selon ses propres mots.

Il en est de même pour le fait de savoir si un spécialiste correspondant pratique ou non des dépassements d'honoraire. Les médecins ne jugent pas tous important cette connaissance. Ainsi, Élisabeth adopte le même comportement que ci-dessus. Si elle considère que le nombre important de spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraire peut être « un vrai handicap pour la qualité des soins », cette considération reste à un niveau théorique puisque ce n'est pas elle qui va devoir s'y confronter. Elle considère en effet que pratiquement tous les spécialistes sont en secteur 2, et, ne connaissant pas le montant des dépassements, elle préfère laisser la charge de se renseigner au patient, qui est censé savoir que cette pratique existe et avoir une limite financière qui lui est propre. Nicolas est un peu sur la même ligne consistant à laisser le patient choisir seul son correspondant. Il considère que cela ne pose pas problème puisque « ils ont toujours réussi à trouver. Et puis si on a vraiment besoin de spécialistes, on va sur l'hôpital, il y a quelqu'un quoi. »

Tous les médecins ne considèrent pas ces tâches comme en dehors de leurs prérogatives, ou même comme du sale boulot à déléguer à d'autres. Paul et George, qui travaillent avec les populations les plus précaires de ce panel, jugent ainsi primordiale la connaissance du remboursement ou non des médicaments, comme cela avait déjà été le cas pour les mutuelles. On peut probablement expliquer cela par leur confrontation plus fréquente à des renoncements aux soins pour des raisons financières. Il en est de même pour les éventuels dépassements d'honoraire des spécialistes.

Les activités valorisées

Nicolas se réjouit de certaines sorties du rôle biomédical de médecin mais c'est pour mieux y replonger. Il évoque l'intérêt pratique que l'on peut y trouver afin d'améliorer le résultat. À partir de l'exemple d'une femme venue pour des cervicalgies, il explique : « Elle m'en a dit plus que ce qu'elle aurait pu dire et me l'a fait comprendre. Donc c'est une consultation agréable, moi je suis assez heureux d'avancer ». Et il explique que dans ce cas, le patient « va donner une part de sa vie qui donne du sens, au pourquoi il est là et sur lequel on pourra travailler pour qu'il s'améliore après ». Il y aurait ainsi un lien entre l'aspect agréable de la relation, sa qualité et l'efficacité de la consultation. La sortie d'un rôle médical attendu serait ainsi utile à l'activité médicale de par le retour du patient. Géraldine Bloy décrit cette relation dans un des types de « consultations simulées » destinées à l'enseignement. Elle fait le rapprochement avec une des spécificités revendiquées de la médecine générale : « La considération du patient dans son contexte et sa globalité devient créatrice de valeur ajoutée, et il revient au généraliste d'en être l'expert » (Bloy 2010a, p. 196). Cela peut avoir pour but d'adapter une prise en charge ou de convaincre un patient du bien-fondé de celle-ci, comme de découvrir le véritable motif de consultation d'un patient peu loquace.

L'activité médicale, en tant qu'échange entre un professionnel et un patient, peut être vue à travers la théorie du don comme relevant de deux types de « socialité » pour reprendre le terme d'Alain Caillé (1991). La première est la socialité primaire, sous-tendue par les règles du don et du contre-don développées par Marcel Mauss (1924). Dans cette logique, il existe une obligation de donner, d'accepter le don, mais aussi de rendre en augmentant la valeur de ce contre-don, entretenant un cycle ininterrompu. En cas d'impossibilité de satisfaire à ce dernier, la personne se retrouve en dette et en situation d'infériorité, de soumission. Un jeu de pouvoir existe donc aussi dans ce rapport. Il est important de rappeler que, dans cette relation, la valeur de l'échange ne se limite pas au

contenu matériel, à l'objet donné (le *taonga*, terme maori repris par Mauss). Il existe également un aspect symbolique, le *hau*, un supplément d'âme si l'on peut dire, qui lie plus encore les deux protagonistes que la valeur marchande. L'autre type de socialité, qualifiée de secondaire, consiste en un échange entre des protagonistes ayant chacun un rôle social défini. Ce sont des acteurs de la scène économique ou politique. En ce sens, l'échange est très différent puisque régulé par la société. Il s'agit d'un échange marchand qui comporte deux caractéristiques le démarquant du précédent. Il est équilibré – un service contre de l'argent –, annulant ainsi toute dette ; et il est encadré dans le temps, avec un début et une fin.

Suivant cette proposition, Paul Fustier (2008) étudie les relations entre les travailleurs sociaux et leurs usagers, analyse que l'on peut transposer à la relation médecin-patient. Il observe ainsi un jeu entre ces deux socialités, dont seul l'équilibre subtil permet d'aboutir à une continuité de la relation. Le risque est le basculement sur un des deux flancs. D'un côté un échange uniquement marchand aboutit à l'impression pour l'utilisateur ou le patient de ne pas être considéré dans sa singularité et à se demander ce que fait le professionnel pour lui. Dans une autre situation, le médecin ou le travailleur social peut donner quelque chose qui sera considéré par l'utilisateur comme en dehors de la « norme d'emploi », il en fait un peu plus que ce qui est habituellement attendu dans son contrat de travail. Cette « interprétation par le don » peut alors conduire le patient à offrir en retour un contre-don. Dans le cadre du travail social, comme de la médecine, ceci peut prendre la forme de tentatives de changement (par exemple un meilleur suivi des consignes du médecin) ou de confidences, de secrets. On voit bien ici que ce qui a le plus de valeur n'est pas l'action ou l'information en elle-même (le *taonga*) mais bien le lien social transmis par cet échange (le *hau*). Cette relation privilégiée peut vite devenir pesante si, comme le prévoit Mauss, il nécessite une surenchère de la part du professionnel. « Lorsque l'acte professionnel d'un travailleur social [ou d'un médecin] est interprété comme un don, un lien peut se créer qui, à se maintenir en déséquilibre, va devenir de plus en plus puissant, de plus en plus intime. Deux destins "théoriques" sont alors possibles, si on s'y est laissé prendre : soit l'intensification du lien pour réaliser une sorte d'adoption qui se révélera impossible, soit la rupture, généralement violente » (*Ibid.*, p. 328). Pour Fustier, l'objectif du professionnel est ainsi de maintenir un équilibre qui laisse l'utilisateur dans une « interrogation sur la nature du lien ». La socialité primaire est d'autant plus importante qu'elle permet une prise en compte d'un aspect social, elle permet de « créer ou rétablir du lien social ».

Si le médecin ne donne pas suffisamment au patient, ce dernier peut ainsi mettre fin à la relation. Dans le système français où le patient choisi librement son médecin, cette rupture est relativement indolore dans le sens où il suffit au patient de ne plus se rendre chez un médecin et d'en consulter un autre. Dans l'autre sens, c'est au médecin d'initier la rupture ou de recadrer la relation dans un cadre professionnel. Ce peut être également la peur d'un débordement éventuel qui peut conduire le médecin à ne pas initier ou poursuivre la relation, ou à simplement être sur ses gardes. Cet aspect rejoint l'idée de neutralité affective de Parsons et la difficulté de soigner sa famille ou ses amis avec lesquelles d'autres niveaux de don et contre-don peuvent concurrencer le rapport professionnel. Anne-Élise, qui vit et travaille dans un village, croise inévitablement ses patients en dehors du cabinet et se méfie de la relation que cela peut engendrer : « Comme ils se sentent proches, et que tu l'es pas forcément, ils peuvent exiger en retour des choses. Que tu les voies à n'importe quelle heure, que si... que... Ça m'est pas arrivé, mais je pense que ça pourrait dérapier ». Pour prendre un autre exemple avec une relation ayant rompu cet équilibre, Simone a refusé de continuer à suivre un patient, prétextant une absence de créneau de consultation, au motif qu'elle le trouvait « trop familier [...], dans sa façon de parler, ses compliments, dans ses attitudes ».

Dans cette « sortie du cadre » tout est donc affaire d'équilibre. Mais tous les médecins ne situent pas le bon équilibre au même niveau. Élisabeth décrit des pratiques avec ses patients que l'on peut rapprocher d'une activité de conseil des gens dans leur vie personnelle, ce que j'avais précédemment qualifié de rôle de « sage ». C'est dans cette part d'activité qu'elle se considère comme le plus utile :

« C'est pas difficile quand on voit une angine de donner un traitement antibiotique, quand il y a une infection urinaire d'être utile. C'est de l'utile immédiat, banal. La vraie consultation utile, c'est celle qui va au-delà de ça, c'est-à-dire qui va donner un avis, un point de vue, un cons... pas un... enfin, un conseil mais c'est pas un conseil hein, sur les décisions importantes à prendre dans la vie »

Tout en se sentant utile, ces consultations lui sont aussi plaisantes, et elle continue dans une définition des consultations les plus agréables :

« Tous les jeunes que j'ai vu naître ou presque, qui viennent, qui m'amènent leurs enfants parce qu'ils ont confiance en ce que je vais dire, ce que je vais leur proposer en soin, en surveillance, en... enfin tout. [...] Qui viennent chercher un conseil, un conseil euh... de maman, mais un conseil euh... de médecin. Enfin tout, tout. »

Elle illustre ceci avec les propos d'une patiente ayant son âge et qui lui a confié que, quand elle déprime, elle pense à elle et se dit : « Quand même Mme [Élisabeth], elle s'en sort bien, hein. Elle y arrive elle, alors faut que tu fasses pareil ». Plus qu'un médecin, Élisabeth devient ainsi un modèle pour ses patients, un exemple à suivre. Ils viennent chercher un « conseil de maman » autant que ceux d'un professionnel de santé. Elle étend même cette conception au jugement de ce qui fait la grandeur d'un médecin, c'est dans ce « rôle social » que l'on peut voir « ce qui en fait sa valeur ». Et elle m'explique que c'est ce lien qu'elle apprécie chez une de ses remplaçantes avec laquelle elle entrevoit une possible collaboration.

On peut continuer le parallèle parental avec Paul, qui, même s'il se refuse à parler de la reconnaissance de ses patients, me dit pour certains d'entre eux : « maintenant, je suis leur papa ». Cette expression revient à deux reprises dans l'entretien et elle concerne en particulier un toxicomane suivi depuis 15 ans avec qui les relations ont d'abord été très difficiles, comportant même des menaces physiques. Depuis « ça va bien mieux. [...] Je suis son papa, c'est une image... Parce qu'il s'est fait jeter de toute sa famille », et il conclut : « Je fais attention à lui, c'est normal. Je fais rien d'exceptionnel, mais pour lui ça lui semble exceptionnel ». Dans le même ordre d'idée, Arnaud décrit de manière positive un rôle de médecin pouvant s'élargir et dépasser le champ sanitaire : « Je suis plus que médecin, dans leur tête. [...] Je suis un conseiller conjugal, je suis un conseiller social, je suis... je suis un bienveillant, je suis un parrain ». Il voit dans les lacunes éducatives de certains patients un « rôle élargi », une « mission plus grande ». Concernant un des exemples précédent où le médecin reprochait à une famille les conditions d'hygiène de leur maison, il dit : « Je leur explique. Je leur apprend ce que les parents auraient dû faire. Ce que les frères et sœurs, les amis auraient dû faire ».

Le médecin, entrepreneur de morale

Dans *Outsiders*, Howard Becker (1963) décrit l'activité d'« entrepreneur de morale » expliquant que les normes font l'objet d'une construction sociale soutenue par des individus. Ces derniers se donnent pour travail de promouvoir de nouvelles normes dans le but qu'elles s'appliquent à l'ensemble de la société. Il faut d'emblée préciser que cette typologie ne porte pas en elle-même une connotation négative. « De nombreuses croisades morales ont une coloration humanitaire marquée. Celui qui participe à ces

croisades n'a pas seulement le souci d'amener les autres à se conduire "bien", selon son appréciation. Il croit qu'il est bon pour eux de "bien" se conduire » (*Ibid.*, p. 172). Cette idée a ensuite été reprise par Eliott Freidson pour décrire une part de l'activité des médecins. Pour ce dernier, on peut parler d'entrepreneurs de morale dans le sens où la médecine est « orientée vers la recherche et la découverte de maladie, c'est-à-dire qu'elle s'efforce de créer des significations sociales de maladie, là où ce type de signification ou d'interprétation n'existait pas encore », la maladie étant définie comme « quelque chose de mauvais », une déviance (Freidson 1970, p. 254). Cependant, Freidson décrit essentiellement l'activité des médecins comme « ceux qui créent les normes », au détriment de « ceux qui font appliquer les normes », pour reprendre les expressions de Becker. Il en conclut ainsi que « les généralistes » font « peut-être exception » dans ce domaine (*Ibid.*, p. 257) puisqu'ils sont moins les porte-paroles de la profession dans une inclination à voir la maladie partout et plus dans la réassurance de leurs patients. Il me semble plutôt que les médecins généralistes sont à cheval entre les deux pôles décrits par Becker. De par leur autonomie, justement si bien décrite par Freidson, ils sont en capacité de créer des normes, en s'appuyant à la fois sur l'idéologie de la profession et sur leurs propres expériences et vision du monde ; mais ils sont également, au contact des patients, dans une situation idéale pour promouvoir ces normes et les faire appliquer. C'est ce que l'on retrouve dans les entretiens tant au niveau des maladies, avec par exemple l'éducation à la santé, qu'en sortant du champ sanitaire avec la transmission de « conseils » pour Elisabeth, de livres pour les enfants avec Paul ou de « discours » pour Arnaud.

Si Freidson ne développe que peu cette idée, il s'oppose cependant à la vision fonctionnaliste de Parsons qui prétend que « le médecin, dans son rôle moderne, n'est plus un sage [...] mais un spécialiste dont la supériorité est limitée au domaine particulier de sa formation technique et de son expérience²⁸ » (Parsons 1951, p. 292). Pour lui, il n'y a pas d'universalisme ni de spécificité fonctionnelle. Le médecin ne se limite pas au seul champ sanitaire, et il relie cette compétence supposée à l'expérience acquise par la pratique clinique et au développement d'une capacité d'analyse particulière. « Il est comme beaucoup de ces personnes dont le métier donne à faire avec les dessous de la vie – les concierges, les policiers, les prostituées, les chauffeurs de taxi, les barmen – : il a tendance à croire que son travail lui confère plus qu'à d'autres une sorte de sagesse pour comprendre la vie et la nature humaine. Mais, à la différence des autres métiers, la confiance qu'il éprouve dans cette sorte de sagesse diffuse est puissamment renforcée par le respect qui entoure ses

28 Traduction F. Bourricaud (Parsons 1955).

avis, car le monde des profanes ne fait pas la différence entre ce qui appartient à sa compétence de médecin et ce qui lui échappe » (Freidson 1970, p. 179-180). C'est exactement ce que sous-entend Élisabeth depuis sa position de médecin quand elle explique que « le fait de connaître la vie, ça permet de s'adapter aux gens ». Il existe donc dans notre situation un glissement, presque logique, de cette position d'entrepreneur de morale du domaine sanitaire vers une morale plus générale.

À chaque médecin sa pratique

Les médecins observés et interrogés ne réalisent pas tous les différents types d'actions décrits précédemment. Le rôle d'expert, conféré par la société, est le seul que tout le monde assume, qu'il s'agisse des arrêts de travail ou de certificats divers pour faire valoir certains droits. Plusieurs médecins se plaignent cependant de ce rôle et le rapprochent d'une forme de sale boulot. On peut y ajouter ce qui a trait à l'éducation thérapeutique et à la santé pour considérer que tout cela relève clairement des prérogatives du médecin puisque directement lié à la santé, satisfaisant le critère de spécificité fonctionnelle promu par Parsons. Quelques médecins essaient de se tenir à cette typologie comme George ou Simone. Il existe alors une certaine forme de déni de la part sociale du patient, avec une tentative de ne le considérer que sous ses aspects biologiques et psychologiques. George parle ainsi à plusieurs reprises du « caractère » des patients quand je tente de le lancer sur des pistes plus sociales. Il en va de même dans une moindre mesure pour Nicolas qui renvoie régulièrement les relations médecin-patient dans ce domaine.

Une première extension du rôle précédent est visible dans l'aide à certains patients pour leurs démarches administratives. Il s'agit souvent de participer à l'orientation du patient dans les aides auxquelles il a droit, voire de réaliser certaines démarches même si cela est considéré comme du rôle de l'assistante sociale ou du patient. Tous les praticiens ne sont ainsi pas d'accord sur ce qui est du devoir du médecin, entre Paul qui ne voit pas « qui autrement » pourrait le faire et Carine qui agit à défaut d'action des autres protagonistes. On oscille dans ce domaine entre action jugée indispensable et sale boulot. Quand Alain parlait de profession dénaturée, c'est justement pour déplorer que « le généraliste c'est celui qui va faire l'intermédiaire vis-à-vis du patient, c'est-à-dire vis-à-vis de la population, exactement comme... les services à la Mairie, exactement comme Pôle emploi, exactement comme... les choses de ce genre ».

Un troisième type d'action sort du domaine de la santé, mais est permis par cette position sociale particulière qui lui permet un rôle de « sage » qui va à l'encontre du modèle fonctionnaliste de Parsons et entre dans le cadre d'un médecin entrepreneur de morale en dehors du champ sanitaire. Cette activité de conseil, ce « plus que médecin », est particulièrement mise en avant par Élisabeth et Arnaud, mais plusieurs autres médecins parlent de cette sortie du rôle de médecin au sens de Parsons et l'évoquent de manière positive, voire agréable. Paul peut y être également rattaché si l'on pense à son rôle de « papa », pendant de celui d'Élisabeth. Ces deux exemples parentaux sont peut-être des situations extrêmes mais l'idée du confident à qui l'on dévoile plus que sa santé est présente dans le discours de tous les médecins. Même George y vient, lui qui cherche tout le long de l'entretien à recentrer son discours sur le biomédical. À la simple demande de me parler de consultations agréables, il me dit : « Ah oui. J'ai aussi des patients qui commencent à me raconter un peu de leur vie, euh... Des aspects personnels ». Certains restent précis, d'autres sont plus prolixes, mais tous en parlent.

Pour être agréable au médecin, la sortie de ce rôle doit cependant être décidée et encadrée par celui-ci. Pour rappel, Élisabeth qui disait être la seule à avoir le « droit de mélanger » entre ce qui se joue à l'intérieur et à l'extérieur du cabinet. Et Simone tenait un discours similaire lorsqu'elle a refusé de continuer à suivre ce patient déjà évoqué et considéré par elle comme trop familier. Cette sortie du cadre, ce « plus que médecin », ne peut se faire que sur approbation de ce dernier qui doit en garder la maîtrise, il ne se fait pas avec tous les patients. Bruno amène à se questionner sur les déterminants de cette bonne relation, sans lien direct avec la santé : « Après il y a des affinités... des gens avec qui on plaisante sans arrêt. [...] Ils sont complètement en confiance, on peut tout se permettre. Enfin tout se permettre... j'exagère un peu mais... Où on peut sortir un peu de notre rôle, de notre cadre. On peut dériver un peu, quitte à revenir. »

CHAPITRE II

CE QUE LE SOCIAL FAIT AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

I. UNE CONSULTATION À QUEL PRIX ?

La médecine générale étant une activité professionnelle, elle nécessite une rémunération des praticiens. En France, bien qu'il existe d'une part un système d'assurance maladie et d'autre part un développement de forfaits et de paiements à la performance, ce règlement se fait traditionnellement par le patient dans le cadre libéral d'un paiement à l'acte. Cependant, ce n'est pas toujours l'utilisateur qui donne directement de l'argent au professionnel, puisque certains bénéficient d'un tiers-payant. Dans ce cas, le médecin ne sera pas payé par le patient mais par l'assurance maladie et/ou la complémentaire du patient. En effet, comme nous l'avons vu, si quasiment tous les patients bénéficient d'une assurance obligatoire, il existe différentes possibilités pour ce qui est d'une assurance complémentaire. Ces différentes modalités ont beau revenir au même sur le plan comptable, c'est-à-dire à 23 € par consultation pour un adulte, elles n'ont cependant pas les mêmes significations pour les acteurs.

Tous les médecins rencontrés disent pratiquer un tiers-payant dans les cas où c'est obligatoire. En dehors de ces situations, les pratiques deviennent beaucoup plus variables. Si, sur le principe, certains sont favorables au tiers-payant même s'il devait se généraliser, d'autres sont très attachés au paiement du patient, sachant que cette dichotomie ne reflète pas complètement la pratique qu'ils en ont et que diverses modalités peuvent être décrites dans la réalisation du tiers-payant.

Les pratiques du tiers-payant

Le tiers-payant complet

Dans un premier cas, l'ensemble du paiement de la consultation est réglé par la seule part obligatoire. Cela peut être le cas dans certaines conditions quelle que soit l'assurance du patient, par exemple un accident du travail ou quelques consultations de prévention. La situation la plus connue et la plus fréquente pour ce qui nous intéresse est la CMU-C²⁹. Mais il existe en particulier une autre situation rendant possible un tiers-payant complet, celle où le patient est reconnu avoir une affection de longue durée (ALD). Dans ce cas également, la consultation sera payée au praticien par la seule caisse d'assurance maladie qui gère la part obligatoire. Normalement, cette pratique n'est possible que si le motif de la consultation est en rapport avec l'ALD. Par exemple, un patient diabétique et en ALD devra régler comme tout un chacun s'il vient pour un rhume ou un mal de dos.

Il s'agit d'une pratique courante puisque même les deux médecins les plus réfractaires à la pratique du tiers-payant ont quelques patients en ALD pour lesquels ils l'effectuent. Pour Simone, il s'agit de patients qui l'avaient déjà et pour qui elle a gardé cet état de fait, ne l'ayant elle « jamais proposé » ; et Elisabeth ne me donne l'exemple que de deux patients âgés dans cette situation, un qui a « des moyens très réduits » et l'autre qui a des problèmes familiaux avec ses filles, avec comme conséquence qu'il n'a « pas de chéquier sur lui ». Simone justifie cette faible pratique et demande d'autant plus à ses patients qui ont une ALD de payer qu'elle a « un problème de logiciel ». C'est la seule dans ce cas pour ce type de tiers-payant mais nous reviendrons sur ce point pour d'autres types. Ces deux médecins travaillent dans des villages périurbains hébergeant plutôt des classes moyennes et supérieures.

À l'opposé, les deux médecins travaillant dans des quartiers populaires sont les plus concernés par le tiers-payant. À tel point qu'on peut dire que la norme est le tiers-payant et le paiement l'exception, en particulier parmi les patients ayant une ALD. En effet, George a d'emblée 70 % de patients avec la CMU-C, ce à quoi il faut ajouter la quasi-totalité des patients en ALD, car, quand je lui pose la question, il me répond comme une évidence que « s'il s'agit d'une ALD, ils ne payent pas ». Il explique cet usage par l'habitude prise par les patients avec l'ancien médecin. Il me dit cependant que si de

²⁹ La CMU-C peut être gérée par différents organismes d'assurance maladie, le plus fréquent étant la CNAMTS, mais on retrouve également la MSA ou le RSI. Dans de plus rares cas, il arrive que cette gestion soit assurée par des organismes complémentaires volontaires.

nouveaux patients viennent pour une pathologie dans le cadre de leur ALD, il ne les fait pas payer non plus. Et que, si leur affection n'entre pas dans l'ALD mais « qu'ils n'ont pas la possibilité de payer », il fait un tiers-payant. Ce qui laisse finalement peu de patients effectuant un règlement direct au médecin. Il en est de même avec Paul, qui a lui la moitié de ses patients bénéficiant de la CMU-C, et qui fait un tiers-payant en cas d'ALD « pratiquement systématiquement ». Il me donne pour seul exemple contraire une patiente habitant près du cabinet et qu'il voit depuis peu de temps. Il lui a proposé de ne pas la faire payer et d'envoyer lui-même la feuille de soin, mais elle a décliné l'offre, arguant qu'elle faisait comme ça avec son ancien médecin et que cela lui convenait. Il me confirme ensuite qu'il fait plus que simplement le proposer à tous ses patients : « Quand j'ai des patients qui ont un statut qui change, dès qu'ils ont le 100 %, je leur dis : "Ben, moi je remplis la feuille et c'est moi qui l'envoie à la Sécu." » Il s'agit donc d'un fonctionnement par défaut, et le paiement du patient ne se fait que s'il en émet le souhait.

Entre ces deux groupes extrêmes de médecins se trouve un éventail de fréquence de pratique du tiers-payant chez les patients en ALD. Les médecins disent alors le pratiquer quand ils savent que le patient a des difficultés financières ou pour des raisons pratiques. Ils le font avec plus ou moins de bonne volonté et de souplesse selon leurs convictions sur le tiers-payant en général. Cela va de Bruno qui, quand je lui en parle, considère cette possibilité comme « une très bonne chose » pour les gens qui n'ont pas beaucoup de revenu, à Arnaud qui renverse l'approche et m'explique que, sur le principe, « il n'y a aucune raison qu'ils ne paient pas » sauf à avoir des problèmes financiers. Il a une position complexe vis-à-vis du règlement de ses patients. Celle-ci mêle une utilisation régulière du tiers-payant (55 % de ses recettes) et une grande réticence sur le principe. Il dit pratiquer le tiers-payant exclusivement pour « les gens qui sont gênés aux entournures, qui ont des difficultés de fin de mois, et cetera », que ces derniers aient une ALD ou non. Il lui arrive donc de ne pas faire payer certains patients, bien qu'il préfère décaler l'encaissement d'un chèque. Mais d'après lui, son fort taux de tiers-payant est dû à un nombre important de ce qu'il appelle des « cas sociaux », c'est-à-dire en pratique des patients bénéficiant de la CMU-C.

Certains médecins trouvent quelques avantages pratiques au tiers-payant, en particulier chez des patients avec une ALD qui n'auront rien à payer. Que Paul trouve cela « tellement plus commode » que de se faire payer par le patient n'est peut-être pas une surprise puisqu'il en a une grande habitude et que c'est presque la norme dans son cabinet.

Mais même des médecins comme Nicolas, opposé sur le principe au tiers-payant, y trouvent une utilité pratique pour « le papi ou la mamie qui va oublier une fois sur deux son chéquier » ou « chez celui qui va mettre 10 minutes avant de [le] trouver ». Le même argument est amené par David ou Carine :

« Le papi qui met 10 minutes à sortir le chèque de son sac, rigole-t-elle, je lui dis : “Ne bougez pas, je me débrouille avec la Sécu”. Des fois, honnêtement, je le fais pour ça. Ça va beaucoup plus vite que le chèque à mettre à la banque, au machin, au truc, au bidule... le code qu’il arrive plus parce qu’il s’en souvient pas. »

Le tiers-payant peut présenter ainsi un avantage concret dans la pratique médicale, possible grâce à la dématérialisation et à la rapidité actuelle du remboursement par l’assurance maladie : rapidité de la transaction, pas de chèque à porter à la banque et pas de chèques impayés, absence de gestion d’une caisse d’espèces, et lien direct avec le logiciel de comptabilité. Ceci fait dire à Magali que c’est parfois « la solution de facilité », et de même Alain utilise préférentiellement cette modalité pour éviter de devoir discuter d’argent avec les patients : « l’aspect financier, c’est peut-être le truc qui m’a le plus emmerdé dans la profession depuis le départ ». Il utilise le tiers-payant chez les patients en ALD presque systématiquement.

Un autre avantage existe, moins souvent abordé par les médecins, car probablement moins avouables, mais bien connus des médecins. Seuls Arnaud s’en est directement fait l’écho :

« Bon ça c’est peut-être en off, mais étant donné que j’estime que ma consultation vaut 30 €, quand... Si jamais il y avait une famille qui paye rubis sur l’ongle... l’autre fois j’ai vacciné, il y a quatre enfants et les deux parents, j’en ai vacciné cinq sur six, et j’en ai compté que trois. Et la mère m’a dit : “Mais, il y a pas de raison”, elle a insisté donc j’en ai compté un quatrième, parce qu’elle allait payer, elle a fait un chèque de plus de 100 €. Bon il y avait une visite, et puis les autres des consultations... donc 33 et 23, on était à plus de 100 €. Bon, ils sont en train de construire une nouvelle maison, tout ça... Et elle m’a dit : “Non, il y a pas de raison”, donc elle a insisté, bon très bien... Mais au niveau des CMU, alors là, c’est tout le contraire. [...] Donc moi, estimant que ma consultation elle vaut 30 €, eh bien si de temps en temps, parce que j’ai donné Pivalone à l’un, j’ai donné du Vogalène à l’autre, et j’ai donné... j’ai pesé le quatrième... Je compte les quatre, je compte les quatre... et en 20 minutes j’en ai vu quatre, et là je suis arrivé en effet à mes 30 € de consultation. Entre guillemets, si j’étais à l’heure. »

Pour de petits actes, il est en effet plus facile de faire payer l'assurance d'un patient qui n'avance pas l'argent que quelqu'un qui va directement payer 23 €. Il justifie cette pratique par d'autres arguments : « Chaque fois que je fais une ordonnance, je compte une consultation. Parce que chaque fois que je fais une ordonnance, j'engage mon diagnostic, j'engage mes compétences, j'engage une erreur possible. » Mais il me confirme qu'il ne facture une consultation que pour les patients en tiers-payant, pour les autres il « dépanne » en faisant une ordonnance pour seulement un mois.

D'autres pratiques de tiers-payant sont plus marginales. Danièle fait un tiers-payant complet pour des patients sans ALD, et est alors directement payée par les mutuelles en plus de l'assurance maladie obligatoire. Mais cette pratique n'est pas toujours possible, car elle est dépendante des assurances complémentaires et toutes ne l'autorisent pas. En pratique, l'acceptation ou le refus passe par ses outils informatiques : « j'ai mon appareil qui me dit si la consultation va être prise en charge par la mutuelle ». La possibilité ou non de le faire dépend de la mutuelle du patient et du fait que celle-ci apparaisse correctement dans son appareil pour carte vitale, ce qu'elle explique très concrètement :

« Quand vous mettez votre carte vitale, il y a "Mutuelle", je mets "Oui", mutuelle. Et après je mets "Valider", je descends, après il me demande la date de prise en charge de début des soins pour le patient, donc je regarde sa carte de mutuelle, je mets la date de début. Après il me demande la date de fin. Et puis ils me disent : "OK, ce patient est bien pris en charge de telle date à telle date". Et puis à la fin on me met : "Paiement du patient non-requis", et si on me met "Non", c'est que je ne peux pas le faire. »

Paul utilise aussi cette possibilité avec certains patients. Les deux médecins donnent quelques exemples de mutuelles qui permettent cette pratique comme la Pro-BTP, la MGEN ou les mutuelles étudiantes.

Arnaud est le seul à avoir évoqué une autre pratique, qu'il qualifie de « magouille, entre guillemets », pratiquée en seconde intention quand les gens ne peuvent pas payer une consultation :

« Alors, soit je compte le tiers-payant, et je fais un acte gratuit pour les 6,90 €. Soit, eh bien, ils le savent, j'accepte une fois, ou deux hein... j'accepte de façon assez exceptionnelle, mais assez... pour la même personne, mais assez couramment quand même, dans le mois je dois le faire dix fois... bon dix fois sur 1200 patients c'est pas beaucoup, j'accepte de... de prendre la carte d'un autre. Donc je fais l'ordonnance, alors bien sûr si c'est possible, parce qu'on peut pas marquer la pilule sur le mari, ou le cousin.

Mais il m'arrive de le faire pour que les gens ne soient pas... pour que rien ne les gêne de venir. »

Cette pratique est évidemment interdite par la Sécurité sociale, et aucun autre médecin ne l'a évoquée, ce qui ne veut bien sûr par dire que personne n'en fait usage. La question n'ayant pas été posée directement aux médecins interrogés il n'est pas possible de généraliser le propos, mais la plupart des médecins que j'ai questionné en dehors des entretiens m'ont dit y avoir déjà eu recours même si c'est souvent très marginal et peu apprécié de leur part.

Peu de médecins ont évoqué le dispositif de l'AME, largement moins diffusé et moins connu que la CMU-C. Si la population plus réduite à laquelle elle s'adresse explique en partie cette moindre diffusion, il faut aussi tenir compte d'une moindre information à la fois des patients et des médecins. Seuls Paul et Bruno en ont parlé et le dernier s'est plaint des difficultés pratiques de mises en œuvre : « La CMU, c'est assez simple. Les AME c'est plus compliqué... Ils ont des papiers, il faut recopier... enfin c'est chiant quoi. [...] C'est pénible, administrativement c'est pénible ». En effet, les patients bénéficiant de l'AME n'ont pas de carte vitale, ou d'équivalent électronique, ce qui oblige le médecin ou le pharmacien à noter à la main sur la feuille de soin (papier ou électronique) les références administratives afin de se faire régler par l'assurance maladie. Ces inconvénients, régulièrement dénoncés par des associations de soutien à ce dispositif, contribuent probablement aussi à sa moindre diffusion.

Le tiers-payant partiel

Dans d'autres cas, le tiers-payant peut ne concerner qu'une partie de la consultation. Le médecin effectue alors un tiers-payant sur la part obligatoire, payé directement par l'assurance maladie au praticien, le patient devant s'acquitter de la différence de 6,90 €, éventuellement remboursée ensuite par une mutuelle. Cette pratique est à la fois quantitativement moins diffusée que la précédente et qualitativement effectuée selon des modalités et des conditions plus variables. Ainsi certains médecins n'exercent pas du tout cette possibilité, c'est le cas d'Élisabeth, Simone ou Nicolas. Pour d'autres c'est une pratique possible mais qui ne semble pas très répandue. Elle est là-aussi utilisée pour des patients ayant des difficultés financières. Carine donne l'exemple d'une famille nombreuse pour laquelle le coût de plusieurs consultations en même temps peut représenter une somme importante. Mais ce tiers-payant peut aussi être considéré comme un droit de certains patients, court-circuitant l'appréciation du médecin. Ce dernier peut alors se

sentir contraint de le faire. Bruno ne la met en pratique que « si c'est obligatoire », c'est-à-dire si les patients ont une carte attestant de ce droit. Il s'agit pour lui d'une demande des patients (« c'est eux qui nous interpellent d'emblée ») liée au fait qu'ils ont réclamé cet avantage auprès de la sécurité sociale. Il se sent alors obligé d'obtempérer : « quand ils nous le proposent on le fait, on a pas le choix ».

Si l'on en croit certains médecins, cette pratique est moins diffusée que le tiers-payant complet des patients avec une ALD pour des raisons pratiques. Ainsi, Élisabeth redoute de devoir se lancer dans des « comptes d'apothicaires » quand le tiers-payant est partiel. Quand je pose la question à Nicolas d'un tiers-payant hors ALD, il semble d'abord étonné : « je sais pas comment je ferais, comment je serais payé ? » Puis quand il comprend mieux, il me répond : « pour une question pratique, vu que l'informatique, c'est pas mon truc, je le fais pas ». Ces trois médecins ne pratiquent pas de tiers-payant partiel, mais l'argument est aussi retrouvé parmi des médecins en faisant usage comme Bruno qui juge cette pratique « compliquée ». On retrouve là-encore la problématique du rôle de la machine comme acteur limitant ou permettant cette pratique, comme pour Danièle et son tiers-payant avec les mutuelles.

Cependant, de même que le tiers-payant complet permet de faire payer des patients que le médecin n'aurait pas fait payer dans d'autres circonstances, le tiers-payant partiel permet de faire passer les tarifs de certains actes moins courants qu'une simple consultation. Magali mentionne ainsi qu'elle pratique « assez facilement » cette modalité pour des sutures par exemple. Elle est en effet « gênée » de dire que la consultation coûte 80 € et le propose donc presque systématiquement.

Les actes gratuits

Le cas de Paul nous conduit à une autre forme de “règlement” d'une consultation. Comme nous l'avons vu, le tiers-payant partiel permet de ne faire payer au patient que la part complémentaire de 6,90 €, normalement remboursée à celui-ci par sa mutuelle. Mais cette normalité n'en est pour lui pas une. Une partie des personnes bénéficiant de ce mécanisme sont des patients qui avaient la CMU-C et qui ont maintenant un “droit” à un tiers-payant sur la part obligatoire sans pour autant avoir investi dans une mutuelle. Paul explique ce qu'il en est :

« Après j'ai toute une compagnie de fausses CMU. Alors ce sont des gens qui vous disent qu'ils ont la CMU. Alors ils ont la CMU sur les deux tiers, sur la part... Sécu.

— D'accord. Un tiers-payant sur la part obligatoire.

- Mais ils devraient vous régler la mutuelle... ce qu'ils font pas.
- Et qu'est-ce que vous faites alors ?
- Ben... qu'est-ce que...euh... Puisqu'ils me demandent 2 € pour prendre le tramway...
Donc je vais pas leur demander les 6,90 €, ils les ont pas. »

À l'origine, il s'en est aperçu en voyant l'absence de remboursement sur les relevés envoyés par la sécurité sociale, alors qu'il pensait faire un tiers-payant sur la totalité. Cette possibilité de tiers-payant sur la seule part obligatoire est effectivement valable pendant un an après la fin de leur droit à la CMU-C. Mais il semble à Paul que « la Sécu laisse filer plus d'un an », et lui aussi : « Ben... moi je leur laisse cet avantage. Tant que ça passe ». D'un tiers-payant on glisse donc vers un acte gratuit, au moins en partie. Au final, rares sont les patients dans ce cas à régler la part complémentaire mais il y en a quelques-uns depuis l'instauration d'aides à l'obtention d'une complémentaire santé (ACS).

Cette question des impayés peut aussi poser des problèmes de gestion comptable et informatique. Anne-Élise explique ainsi qu'elle fait parfois un acte gratuit sur la seule part complémentaire, mais elle ne sait pas comment le noter. « Après c'est des problèmes de logiciel, de compta. » Jusqu'à il y a peu, elle le notait en comptabilité comme si elle avait touché l'argent et était donc imposé dessus. Un collègue lui a récemment montré la manipulation.

Si l'acte gratuit peut porter sur la seule part complémentaire, elle peut aussi concerner l'ensemble de ce qui est dû. George est le médecin du panel qui fait le plus d'actes gratuits, parfois contre son gré. Alors que l'on discutait des patients qui n'ont pas les moyens de régler les 23 € de la consultation, il sort un carnet et m'explique :

- « Depuis que je suis venu, j'ai fait des consultations – je suis arrivé à peu près à soixante – des consultations que j'étais pas payé...
- Vous avez pas été payé pourquoi ?
- Parce que soit ils m'ont menti qu'ils ont la CMU, et j'ai fait les démarches vers la Sécu et la Sécu a rejeté, on a annulé la consultation. [...] Soit ils n'ont pas la carte et pour moi c'est difficile de connaître... Maintenant j'ai commencé à connaître les patients. Mais au début je faisais plus de vingt consultations par mois sans être payé. »

Afin de remédier à cela, il a affiché une information et me lit cette annonce : « En raison de trop nombreux abus les consultations ne seront dorénavant plus assurées que sur présentation d'une carte vitale à jour ou de l'attestation des droits correspondants. » Cependant les patients qui mentent volontairement ne sont pas responsables de

l'ensemble des actes gratuits. George a également pour principe de ne pas faire payer un patient qui viendrait en disant ne pas avoir d'argent, mais il conditionne cette pratique au motif de venue du patient. « Ça dépend de sa pathologie. S'il s'agit d'une urgence ou quelque chose... je préfère de... faire mon métier, de faire la consultation, que de le mettre dehors et de dire : "Si tu n'as pas d'argent, pffft, tu t'en vas." ». Cette position de principe, qui peut relever d'une déontologie théorique pour certains médecins, prend ici un aspect plus concret puisque la dernière patiente de son carnet, venue la veille, est dans ce cas. Il s'agissait d'une patiente venue renouveler un traitement pour une dysfonction thyroïdienne, sans argent et sous mesure de tutelle.

En dehors de ces deux praticiens qui travaillent avec des populations plutôt pauvres, la place des actes gratuits est là-aussi variable. Tous les médecins interrogés se disent prêts à le faire pour ne pas gêner l'accès aux soins de leurs malades. C'est une question de déontologie. Mais la mise en pratique diffère d'un médecin à l'autre, probablement autant pour des raisons conjoncturelles qu'idéologiques. Quand je discute avec Élisabeth des patients ayant des difficultés financières, c'est elle qui évoque cette possibilité :

- « Et puis même, je leur dis : "C'est pas parce que t'as pas de sous que tu vas pas te soigner. Viens me voir et euh..." De toute façon la porte est ouverte. Au point où j'en suis, je peux me passer d'être payée sur quelques consultations. Je peux encore faire des soins gratuits.
- D'accord. Ça vous le faites par contre, des fois, des soins gratuits ?
- Au moins je le propose.
- Vous le proposez à qui ?
- Ben, euh... aux gens que je vois, euh... en difficulté. Je leur dis... Si t'as besoin de te faire soigner. Et tout le temps ils disent : "Non mais, c'est bon, je serai remboursé après." »

Ces derniers propos montrent qu'il s'agit plus d'une éventualité théorique que d'une pratique effective, même irrégulière. Elle me confirme que c'est « extrêmement marginal », et n'a pas de souvenir de la dernière fois que cela s'est produit.

On peut décrire deux types de pratiques de l'acte gratuit, en plus de ceux de Paul et George. Dans le premier cas, il s'agit d'un usage plutôt irrégulier qui concerne des patients peu ou pas suivis au cabinet. Nicolas parle ainsi de plusieurs actes par an, dont le dernier remonte à 4 ou 5 mois, et cela concerne le plus souvent « des bizarroïdes qui passent par là ». De même, Bruno ne fait pas payer les patients « qui n'ont pas de couverture sociale », et il donne l'exemple d'étudiants ou de personnes « en situation sociale dramatique ». Il peut s'agir, notamment pour les étudiants, de situations temporaires. Peut-être du fait de

sa localisation dans un quartier plus populaire en périphérie du centre-ville, ces situations se présentent de manière plus fréquente, avec une estimation à une fois par mois environ. De manière encore plus fréquente, Danièle dit ne pas faire payer une consultation deux à trois fois par mois. Mais contrairement aux deux précédents, les exemples qu'elle donne sont des patients connus et suivis par elle. Il en est ainsi d'une patiente malgache, qu'elle soigne depuis plus de 20 ans, « qui a perdu son emploi, [...] n'avait même pas de quoi manger » et qu'elle ne fait pas payer de façon régulière, « peut-être une fois sur deux ». Ou encore une patiente, ancienne sage-femme qui n'a plus pu travailler suite à des problèmes de santé, qui ne perçoit qu'une « toute petite retraite » depuis le mort de son mari et à qui elle « propose systématiquement » de ne pas payer.

Pour sa part, Arnaud dit ne pas avoir à faire d'acte gratuit complet pour des raisons financières, car « actuellement la CMU pourvoit à ce genre de choses ». Ainsi, pour lui, « il n'y a plus personne qui est dans cette situation maintenant ». Les quelques cas concernent de petits actes ou des dépannages d'ordonnance, mais ne sont pas liés aux conditions financières du patient.

La gestion des impayés

Nous l'avons vu avec Paul, certains médecins ne créent pas de dettes pour leurs patients et préfèrent considérer les impayés comme des actes gratuits. C'est aussi le cas d'Alain qui n'a pas envie de s'embêter à courir après les gens pour se faire rembourser.

D'autres comptent les impayés, comme Anne-Élise le fait avec un patient qu'elle prend en exemple. Elle lui fait le tiers-payant sur la seule part obligatoire, et il est donc sensé lui régler 6,90 € pour chaque consultation.

« Et donc lui, je lui fais le tiers-payant et j'en suis, là en ce moment, il a neuf fois 6,90 à me régler. Et c'est quand il va trouver du travail qu'il me les rendra, donc je pense que... Je peux rêver. En tout cas, c'est noté à chaque fois, je lui dit : "On est à la neuvième consultation". Mais je... je mets pas de jugement. Je lui dis. Et il le sait. Et quand vraiment, il peut, il me donne un 6.90 pour que, au lieu de neuf, dix, onze, douze... on reste à une de moins. »

Pour le même patient, il lui arrive aussi de faire des actes gratuits de temps en temps mais il lui semble important de garder une ardoise. Il existe donc une ambivalence sur le statut de cet argent, noté comme une dette, mais dont la créance est très hypothétique.

Arnaud a une pratique complexe concernant les tiers-payant sur la part obligatoire. Comme Paul, il lui arrive de faire un acte gratuit pour les 6,90 € quand la personne n'a

pas les moyens. Il me donne ainsi l'exemple d'une jeune femme venant avec son enfant, qui avait les 23 € de sa consultation, mais pas d'argent supplémentaire pour son enfant malade. Il a alors fait « cadeau » des 8,40 € correspondant à la part complémentaire chez un enfant de moins de 2 ans. Cette pratique est régulière puisque cela lui arrive deux à trois fois par semaine. Dans la suite de la discussion, il m'apprend par ailleurs que cette même patiente lui doit 230 €. En effet, s'il lui arrive de faire un acte gratuit sur la part complémentaire, il lui arrive également de noter des impayés, ce qui fait que certains de ses patients ont des dettes envers lui. D'après ses dires, le choix entre l'acte gratuit et l'impayé dépend de ce que dit le patient. Si ce dernier lui promet de régler plus tard, il note alors un impayé.

La valeur sociale de l'argent

L'argent est décrit par Georg Simmel (1900) comme un outil unificateur permettant la mesure d'éléments disparates et leurs échanges, conduisant à des modifications de la société dans le sens d'une rationalisation marchande. Les usages monétaires et les liens sociaux qui y font références sont divers mais la valeur même de l'argent reste une donnée neutre, objective. Cependant, si cette marchandisation comporte une part de réalité, on observe des valeurs subjectives différentes de l'argent, notamment dans la pratique médicale et le paiement des consultations. Pour reprendre le terme de Viviana Zelizer (1994), il est « marqué » socialement. Le tiers-payant n'a ainsi pas la même valeur pour les médecins que le paiement direct par les patients. Si d'un point de vue comptable le résultat est le même, ce n'est pas le cas de sa signification pour les médecins. Ce qui conduit certains à éviter les tiers-payant.

Parmi les plus opposés, on trouve Élisabeth, qui, quand je lui demande si elle pratique des tiers-payants en dehors des obligations légales, me répond : « le moins possible et ça m'énerve ». De même, la réaction de Simone est directe : « Ah, moi je veux pas le tiers-payant ». Et de fait, ces deux médecins sont ceux qui doivent le moins le pratiquer. Une explication géographique a une certaine pertinence puisqu'elles travaillent toutes deux dans des villages périurbains composés de classes moyennes et supérieures. Si l'on prend l'exemple de Simone, elle n'a que 2 % de ses patients qui ont la CMU-C, et dit ne pas avoir d'autre patient qui lui demande de réaliser un tiers-payant. Mais en dehors de l'opportunité territoriale de le pratiquer ou pas, il s'agit aussi d'un choix de

fonctionnement. Pour Élisabeth, la gestion des (quelques ?) personnes avec des problèmes financiers passe donc par d'autres stratégies, et en particulier le décalage temporel de l'encaissement du paiement. « Il y en avait un qui voulait que je lui fasse le tiers-payant, je lui ai dit : "Ah non, hein. Si vous voulez, vous me faites un chèque et je l'encaisse dans une semaine, dans dix jours, dans 15 jours, quand vous voulez. Mais moi je veux pas faire... de surveillance... du paiement des tiers-payants." » Elle me confirme ensuite ces propos en les généralisant : « Alors difficultés financières : "faites moi un chèque et je l'encaisse quand vous voulez". C'est pareil. C'est pareil, et... moi au niveau comptabilité je trouve que c'est plus simple. » Cette gestion du paiement de patients pauvres par un décalage d'encaissement du chèque est assez diffusé parmi les médecins qui ne pratiquent que peu le tiers-payant, comme c'est aussi le cas de Nicolas, mais aussi chez des médecins qui l'utilisent plus facilement comme Danièle ou Arnaud. Cette stratégie permet, si l'on envoie tout de même la feuille de soin le jour de la consultation, que les patients soient remboursés par la sécurité sociale avant que le médecin n'encaisse le chèque, limitant ainsi l'avance des frais.

Ce processus de marquage, concrétisé ici par l'évitement du tiers-payant, est le fruit de pratiques sociales. Il est « l'objet de conflits, lorsque les partenaires engagés dans la transaction n'ont pas la même perception de leur relation, lorsqu'ils ne partagent pas les mêmes valeurs, ou encore, lorsque leurs intérêts sont opposés » (Weber et Zelizer 2006, p. 131). La particularité de l'échange marchand durant une consultation est qu'il met en jeu plusieurs acteurs. Bien sûr le médecin et le patient, mais aussi l'assureur, voire l'État, chacun ayant des intérêts différents. Dans ce sens, Arnaud avance un argument d'ordre « politique ». Il considère que le tiers-payant nuit à une éventuelle mobilisation des médecins contre la sécurité sociale qui tient les médecins « en laisse » en tenant les cordons de la bourse. Il n'y aurait plus de possibilité de grève de la télétransmission sans être amputé d'une part non-négligeable du revenu des médecins. Il replace cet argument dans le cadre plus général du statut libéral des médecins de ville, et regrette, en parlant de son activité, d'être « à mi-temps fonctionnarisé par la Sécu ».

J'en resterai là pour ce qui concerne les rapports avec les institutions pour me focaliser sur les rapports individuels. Les médecins se plaignent parfois du fait que les patients, en particulier ceux bénéficiant de la CMU-C, utilisent leur carte vitale comme si c'était un moyen de paiement. D'une certaine manière c'est bien ce que c'est puisqu'elle permet le paiement du médecin par l'assureur. Mais les médecins marquent le fait qu'ils soient payés directement de valeurs supplémentaires à la valeur monétaire. Pour expliquer sa réticence

au tiers-payant, le premier argument évoqué par Élisabeth est l'importance « que les gens sachent combien coûte leur consultation », qu'elle complète ensuite de manière plus explicite en affirmant que « les gens ne savent plus combien coûtent les choses ». Cette importance de connaître le coût d'une consultation est à rattacher à divers arguments, en premier lieu la nécessité d'éduquer les patients, de leur faire prendre conscience de ce que coûtent leurs comportements de soin. L'argent n'a pas seulement une valeur financière, mais aussi éducative. Cette connaissance pour le patient s'ancre à la fois dans le fait que « tout travail mérite salaire » comme le dit Arnaud, mais aussi que ce prix est finalement assez faible et probablement sous-évalué comme l'évoquent plusieurs médecins et notamment Élisabeth : « c'est pas si cher que ça s'ils ouvrent les yeux ou qu'ils vont dans d'autres pays ». Mais l'importance de payer et de connaître le prix que cela coûte peut aussi être vu dans une perspective que l'on peut qualifier de psychanalytique. Nicolas, frère d'un psychiatre-psychanalyste, l'explique bien : « J'insiste pour qu'ils payent. Je veux les voir sortir leur chéquier, faire leur truc. Ils me donnent, ils reçoivent. Il y a un échange, voilà. Ça j'y tiens. » Cet argument ne l'empêche pas de faire un tiers-payant aux patients avec la CMU-C, mais il juge que, dans l'absolu, « ce serait important qu'ils puissent le faire parce que c'est un échange. On paye pour quelque chose. Il y a un respect, qui est dû à l'argent, aussi. L'argent en fait partie, et que ça compte. » Cette importance donnée au fait que celui qui reçoit un soin doit donner en retour renvoie aussi vers le paradigme du don, déjà évoqué mais sur lequel nous allons revenir.

Entre droit et charité

Une manière d'aborder la question du paiement est de le faire sous l'angle du droit. Au sens de : à quoi le patient a-t-il droit ? Par exemple, la CMU-C donne obligation légale au praticien de réaliser un tiers-payant, ce que tout le monde me dit faire. Même s'il s'agit d'entretiens, avec le biais possible que le médecin ne dise que ce qui l'arrange, il est probable qu'il n'existe que peu de refus de CMU-C. Tous les médecins sont des généralistes, conventionnés en secteur 1, pour lesquels nous avons vu que cette pratique est marginale. Ils n'ont pas de manque à gagner puisque le tarif reste identique pour tous les patients et le paiement est actuellement simple et rapide, voire plus sûr qu'un chèque. À la condition cependant que le patient ait une carte vitale.

Assistance et assurance

Ce lien entre le droit et le paiement de la consultation peut être vu selon deux logiques : celle de l'assurance et celle de l'assistance. C'est cette dernière qui voit d'abord le jour à la fin du XIX^e siècle sous la forme institutionnelle de l'Assistance publique et, pour ce qui est de la santé, de l'Assistance médicale gratuite (1893). L'instauration de l'assurance maladie dans les années 1930 a plus été un complément qu'un remplacement de la précédente, bien qu'elle soit à l'époque considérée comme plus « moderne » et allant dans le sens du progrès (Renard 1995). La logique assurantielle, en faisant participer chacun par le biais des cotisations, rend d'autant plus légitime le droit de bénéficier des avantages qui y sont liés. On peut analyser cet échange dans une logique de don et contre-don comme le fait Marcel Mauss en conclusion de son *Essai sur le don* (1924) et comme le développeront Jacques Godbout (1992) ou Philippe Chaniel (2008). Ces auteurs y décrivent un mélange de désintéressement et d'intérêt ainsi que d'obligation et de liberté, rappelant le paradigme du don. Désintéressement dans le sens où l'on cotise non pas uniquement pour soi, comme dans une assurance privée, mais pour l'ensemble des assurés, qui plus est pour un risque hypothétique qu'est la maladie. Il est ainsi possible de donner sans en attendre nécessairement un retour. Il n'empêche que chacun des cotisants fait ce don dans son intérêt également puisqu'il fait partie des assurés bénéficiant de ce système. « Un tel système repose donc, dans nos termes, sur la primauté de la solidarité comme moment d'inconditionnalité et sur cette seconde dimension, nécessaire, de conditionnalité garante d'une redistribution équitable et profitable à tous. C'est cette tension entre ces deux dimensions et leur articulation hiérarchique qui nous ramènent au paradigme du don » (*Ibid.*, p. 275-276). L'échange ne se fait pas ici entre les individus mais dans une gestion collective. Le médecin n'a donc pas une place principale de décideur mais il reste un des médiateurs qui rend ce dispositif possible. S'il a l'obligation de respecter la convention médicale, il peut aussi aménager certaines règles, pour créer de nouveaux droits hors d'une vision purement légale. C'est le cas de la pratique de Paul concernant les tiers-payant des patients ayant une ALD. Ce dernier institue de lui-même une règle universelle à tous ses patients. Il leur fait bénéficier d'un droit au tiers-payant, alors même que la loi ne l'envisage pas comme systématique.

La logique de l'assistance peut également entrer dans ce paradigme du don pour les mêmes raisons que précédemment. Mais si dans l'assurance tout le monde donne et tout le monde reçoit (même si ce n'est pas dans les mêmes proportions), la logique de l'assistance

peut renforcer l'impression que ce ne sont pas les mêmes qui donnent et qui reçoivent, voire que ce sont toujours les mêmes qui donnent sans recevoir alors que d'autres reçoivent sans donner. Alors que l'assurance amène à la notion d'universel, l'assistance entend « fournir des secours dans des situations particulières » (Renard 1995, p. 31). Pour en bénéficier, il faut satisfaire à certains critères, qui renvoient à la pauvreté, et non simplement participer au financement du dispositif. Tout le monde ne se sent donc pas concerné. On assiste ainsi à un possible déséquilibre dans le paradigme du don. Deux possibilités s'ouvrent alors. Soit l'on considère que l'ensemble de la société est unie par un lien commun, qui peut faire référence au religieux, à la philosophie des Lumières ou à la République par exemples, et en ce sens la société a une dette envers les plus démunis qui permet de maintenir un équilibre : « l'assistance n'est pas réductible à un don sans contrepartie, forme de charité légale unilatérale liant un pur donateur (le contribuable) à un pur donataire (l'assisté). Le principe de solidarité qu'elle déploie repose aussi sur la visée d'un *intérêt commun* » (Chanial 2008, p. 275). Soit cette unité ne trouve pas suffisamment d'écho pour compenser l'asymétrie entre donateur et donataire, l'équilibre est rompu. En ce sens « l'assistance, qu'elle qu'en soit la forme, n'est que charité déguisée. Elle a toutes les caractéristiques d'un don empoisonné puisqu'il s'agit d'une prestation fondamentalement asymétrique qui, sans attente de réciprocité, écrase son bénéficiaire en le soumettant au bon vouloir de l'administration » (*Ibid.*, p. 300). Le donataire d'une assistance se retrouve ainsi dans une position d'infériorité se traduisant par une déconsidération supplémentaire de sa personne. Il est un assisté.

En lien avec ce qui vient d'être dit, l'image des pauvres dans la société fluctue dans le temps, notamment en fonction du contexte socio-économique (Paugam 2013). À certains moments, et en particulier si le chômage est bas, ils sont considérés comme responsables de leur sort. La pauvreté est expliquée par leur paresse. Lorsque le chômage monte et que le contexte économique se dégrade, la pauvreté tend à être considérée comme une injustice dont la société porte une part de responsabilité. C'est ce qui a été précédemment décrit dans l'image qu'ont les médecins des bénéficiaires de la CMU-C et que l'on retrouve de différentes manières dans les entretiens. Bruno reprend ainsi la figure de l'assisté en parlant d'un patient comme d'un « parasite de la société » avec un « comportement très consommateur médicalement parlant ». Le fait même de s'appuyer sur le droit pour demander un avantage au médecin peut être mal vécu par ce dernier. Le même Bruno, qui ne pratique un tiers-payant sur la part obligatoire que si le patient possède une carte, se

plaint ainsi d'un côté revendicatif de leur part. Quand je le questionne sur l'éventuelle demande des patients en ce sens il me répond sur un ton un peu sec :

« Ça, eux, ils nous le demandent. [...] Ceux qui ont que sur la part AMO³⁰, c'est des gens qui ont fait la demande, parce que... à mon avis la Sécu ne leur propose pas systématiquement, loin de là, et ces gens-là, oui, c'est eux qui nous interpellent d'emblée. »

Un autre grief à l'encontre des personnes qui ne payent pas est ainsi de profiter de leur situation en venant consulter à tout bout de champ. C'est ce qu'explique Nicolas par le détour sur une éventuelle généralisation du tiers-payant :

« Ça inciterait à la consommation, pas par méchanceté, parce qu'il y a aucune conscience de ce que ça coûte à la société. Pour être un peu solidaire de la société il faut être un peu conscient de ce que la société coûte. Et là, il y a plus de conscience. »

Arnaud fait directement référence aux patients avec la CMU-C, dans un langage peu châtié : « C'est-à-dire que ça va favoriser la consommation médicale. C'est-à-dire en fait, ils viennent... ils viennent en troupeau, hein, avec tout la famille. » C'est aussi l'avis d'Alain qui, parlant des bénéficiaires de la CMU-C, affirme :

« Ces gens-là ont une consommation médicale qui est un petit peu moins réglée. C'est le contrecoup de la CMU. Ces gens-là, c'est sûr qu'ils consomment plus, qu'ils ont une petite anarchie de consommation. »

Tous les médecins ne sont cependant pas aussi catégoriques sur ce point. Carine, plutôt favorable à cette réforme, considère elle-aussi que « ça peut être un peu dérivatif, parce que les patients qui ont la CMU, qui paient pas et qui viennent juste parce qu'il y a le nez qui coule... c'est vrai que ça existe », mais tout en se défendant de le systématiser. Pourtant, elle estime la proportion de ce type de comportement à un patient bénéficiant de la CMU-C sur deux, ce qui est tout de même important. L'argument de la surconsommation n'est toutefois pas jugé recevable par tous les médecins. Ainsi, Paul donne son expérience des bénéficiaires de la CMU-C : « Au début oui. C'est vrai qu'au début que les gens venaient pour un rien. [...] Je crois... mais moi je ne trouve plus. » Pour lui ce n'est donc plus le cas actuellement, pas plus que pour Nicolas qui juge que, dans sa pratique, il s'agit d'un comportement « à la marge » lié seulement à quelques familles, observation en contradiction avec ce qu'il théorisait précédemment à propos d'une hypothétique généralisation.

³⁰ Assurance maladie obligatoire.

Si la surconsommation est en règle générale décriée par tout le monde, cela peut occulter d'autres arguments moins souvent évoqués. Comme dit précédemment avec l'exemple d'Arnaud, le tiers-payant permet de facturer plus facilement une "petite" consultation qu'à des personnes qui avancent l'argent. Vu sous cet angle, les patients qui viennent fréquemment, sont plus rentables que les autres, en particulier lorsqu'ils peuvent bénéficier d'un tiers-payant. Dans ce cas, la surconsommation dénoncée par certains se transforme, dans un système de paiement à l'acte, par de l'argent facilement gagné³¹. C'est aussi ce que traduit Carine quand elle parle des risques de dérive de certains patients « qui ont la CMU, qui paient pas et qui viennent juste parce qu'il y a le nez qui coule ». Elle évoque en riant une grande famille dont les membres bénéficient tous de la CMU-C : « Eux, c'est des clients fidèles, on peut même plus parler de patients, quoi. » Et elle traduit ainsi l'ambivalence que peuvent ressentir certains médecins face à ces situations. Cette pratique est permise justement par le fait qu'elle est couverte par le droit, dans une forme de déresponsabilisation du médecin cette fois.

Charité

Quand Bruno décrit sa pratique des tiers-payants sur la seule part obligatoire, il affirme ne le faire que contraint par le droit, si le patient est en possession d'une carte, « on a pas le choix ». Le problème pour lui est justement que, dans ce cas, le droit lui enlève toute capacité de jugement. On comprend qu'il préférerait juger de lui-même si la situation du patient nécessite une quelconque aide de sa part. On se rapproche ainsi d'une autre vision du tiers-payant, basée cette fois sur une autre forme de don, la charité. Dans cette situation aussi le médecin peut se sentir obligé de donner, mais la contrainte n'est pas légale, elle est l'objet d'une délibération individuelle et discrétionnaire. Ce dernier doit porter un jugement afin de savoir à qui il confère un tiers-payant, partiel ou en intégralité, ou un acte gratuit. Pour cela il construit des critères qui portent à la fois sur des aspects financiers et moraux, de la même manière que cela peut se faire pour l'attribution d'aides financières en dehors du champ de la santé (Fassin 2001).

La raison paraissant comme la plus évidente de faire un tiers-payant est de procurer un avantage à un patient démuné sur le plan financier. C'est d'ailleurs la seule raison officielle tolérée par la sécurité sociale d'après ce que rapporte Carine : « On est pas censé avoir le

³¹ On peut remarquer que les résultats chiffrés d'une consommation plus importante des bénéficiaires de la CMU-C sont artificiellement augmentés par ce genre de pratique.

droit de le faire. La Sécu nous a envoyé un courrier, quand même, pour nous le rappeler, et nous dire que c'était... à notre libre arbitre mais que ça devait être justifié par les faibles revenus des patients. » Ce motif est consensuel chez les médecins et pour ce faire, ils se disent prêts à tout, quitte à ne pas se faire payer. Mais pour savoir si un patient nécessite une adaptation du paiement, encore faut-il se rendre compte des besoins du patient. Connaître la profession aide mais n'est pas suffisant. L'étude déjà citée auprès de médecins généralistes franciliens nous rappelle que les médecins ont une approche approximative de la situation financière de leurs patients puisque seulement la moitié donne une réponse jugée correcte. On comprend ainsi que le tiers-payant n'est pas forcément proposé par le praticien mais parfois aussi demandé par le patient. Carine fournit un bel exemple de ceci. Elle me dit que, juger des problèmes financiers d'un patient, « c'est un peu comme la profession, finalement au fur et à mesure on finit par connaître les patients et leurs soucis, leurs machins, donc... Après, on sait que le mari a perdu le travail ou que c'est la femme, ou que machin... Du coup on leur propose [un tiers-payant] ». Elle l'a ainsi proposé à un de ses patients, chauffeur intérimaire, qui disait avoir du mal à trouver du travail en ce moment. Mais elle donne aussi l'exemple d'un couple parti un an à la Réunion où le tiers-payant est systématique. Au retour, c'est la femme qui lui a fait remarquer que ce système les avait aidés du fait de l'importance des frais de consultations engendrés par leurs quatre enfants. Et ce n'est qu'à partir de ce moment que Carine leur a proposé un tiers-payant sur la part obligatoire.

La demande d'un patient concernant une adaptation du règlement est toujours possible mais elle peut être aussi difficile et vécue de manière honteuse. Comme le dit Danièle à propos des actes gratuits : « J'en ai que je connais et à qui je propose. Parce que je sais très bien, qu'eux, ils vont rien dire parce qu'ils n'osent pas. » Plusieurs médecins font ainsi la remarque de la rareté d'une interpellation provenant des patients pour un tiers-payant, que ce soit Nicolas : « J'ai peu de demandes en ce sens. Ou je les sens pas », ou Bruno : « C'est rare. Très rare. Très très rare. [...] Ça vient plus souvent de moi que d'eux, c'est sûr ». L'explication donnée par ces derniers renvoie à leur localisation géographique comportant une faible proportion de personnes en difficulté sociale, à mettre en lien avec le sentiment du coût modeste d'une consultation, Bruno considérant que 23 € « c'est pas une somme astronomique ». Mais on peut aussi faire l'hypothèse d'un manque de sensibilité de ces médecins à la question, renforcé par la gêne des patients à en faire la demande. Confortant cette proposition, Anne-Élise explique qu'elle a généralisé la

pratique du tiers-payant parmi ses patients, contrairement à ses habitudes au moment de mon observation.

« Je propose *beaucoup* le tiers-payant à des gens qui n’y arrivent pas. Et qui n’ont pas la CMU. [...] Je me rends compte que... c’est finalement une proposition qu’on leur fait jamais, et que les gens acceptent beaucoup. Vraiment »

Et quand je lui demande si des patients le lui demandent elle me répond que « non, ils le demandent pas. C’est pour ça que je le propose. » Pour sortir de l’automatisme qu’elle avait de faire régler le patient, elle le note maintenant sur le dossier, ce afin de sortir de ses habitudes « pré-réflexives » pour reprendre les termes de Bernard Lahire. Elle explique en effet que selon la manière de demander du patient, elle peut avoir des réponses machinales :

« Quand ils me disent : “je vous dois quelque chose ?” Alors, “je vous dois quelque chose ?” je sais ce que ça attend comme réponse, mais euh... “Je vous dois combien ?”, spontanément je peux dire 23, alors que si j’ai écrit ça je dis : “On fait le tiers-payant ? Ça vous arrange toujours ?” ».

On voit ainsi que cela peut être un travail que de décider de changer ses habitudes et ses automatismes.

Si la charité s’appuie sur la situation financière du patient, elle fait aussi appel à des notions de morale. Nous l’avons vu, il existe une tradition médicale de charité, liée à son histoire, et se traduisant notamment par des principes déontologiques de la profession. S’il n’existe pas d’obligation légale à la charité, on peut y voir une obligation morale. L’ensemble des médecins sont en accord avec le principe de prodiguer gratuitement des soins « à l’indigent », quelle que soit ensuite la fréquence réelle de cette pratique. Nicolas trouve cela « normal », rappelant le serment d’Hippocrate, et Danièle affirme qu’elle ne pourrait pas refuser la demande d’un patient parce que « c’est pas humain ». Il existe donc dans ces situations une obligation de donner, portée par des valeurs morales. Il est vrai que pour eux, le manque à gagner ne paraît pas pouvoir mettre en péril leur activité comme plusieurs le rappellent. Dépassant le seul cadre déontologique, Paul estime qu’il n’a pas vraiment le choix dans le quartier où il exerce, qu’il n’a pas « les moyens de correction, de pression ». C’est donc un incontournable de sa pratique, comme pour George qui essaye pourtant de limiter ce qu’il considère comme des « abus ». Mais là aussi, tous deux revendiquent par ailleurs une position morale comme ce dernier le rappelle quand il dit préférer « faire [son] métier », on pourrait dire “en conscience”, plutôt que de renvoyer

un patient dans le besoin, « de le mettre dehors » pour des raisons financières. Paul explique quant à lui que sa conception de la pratique l'en empêche malgré certains désavantages qu'il n'évoque qu'implicitement : « On le fait... peut-être parce qu'on est plus couillon que les autres, hein. J'en sais rien ! Mais moi je sais pas faire. Je préfère me faire avoir que de balancer la personne. » Il n'a jamais refusé à un patient ce genre d'arrangement, « ça m'empêcherait de dormir » conclut-il.

Ces questions morales très générales peuvent aussi renvoyer vers l'analyse de situations plus individuelles, telles que décrites par Didier Fassin pour les aides sociales, avec des appréciations en termes de compassion ou de mérite. George expliquait précédemment que sa pratique des actes gratuits chez un patient sans argent dépend de la pathologie. S'il évoquait les situations d'urgence, il donnait ensuite pour exemple une patiente avec une dysthyroïdie ne nécessitant pas de soins vitaux immédiats. Il faut plutôt comprendre que certaines pathologies méritent plus que d'autres l'attention du médecin ou l'amène à plus de compassion. C'est ce que l'on peut comprendre aussi des plaintes de plusieurs médecins déplorant les patients venant pour « un nez qui coule » comme le dit Carine, plainte qui ne concerne que les patients ne réglant pas directement la consultation. Magali exprime plus clairement l'aspect compassionnel pour les patients ayant une ALD : « si c'est un cancer, s'ils ont déjà d'autres soucis, si c'est le gros truc... Oui, là je fais facilement le tiers-payant. » Et elle conclut que cela dépend de son « empathie ».

Il est probablement plus facile pour un médecin d'accorder des avantages, notamment financiers, à un patient méritant. Cette question est cependant plus délicate et peu abordée par les médecins. Peut-être aussi parce que le malade n'est le plus souvent pas considéré comme responsable de son état, ce que l'on retrouve dans la théorie de Parsons. Anne-Élise présente néanmoins deux situations que l'on peut mettre en parallèle et qui permettent d'aborder cette question. Il s'agit de deux patients en ALD, suivis pour un traitement substitutif aux opiacés par Méthadone, avec des consultations bimensuelles. Les deux bénéficient d'un tiers-payant sur la seule part obligatoire, justifié par le médecin du fait de la fréquence des venues et de la « pénibilité » que cela représente pour eux. Le premier est décrit comme n'ayant probablement pas de problèmes d'argent, car, me dit-elle, « il est dans le trafic ». De cette absence de « galère », elle conclut : « donc j'estime qu'il doit payer, de même qu'il doit attendre, qu'il doit pas se rajouter entre deux, voilà ». Ce qui ne l'empêche pas de le trouver « sympa ». Le second, déjà évoqué précédemment, présente quant à lui des difficultés financières qui peuvent expliquer une plus grande souplesse, mais on sent également dans ses propos que l'argent n'en est pas la seule raison :

« Alors, lui, il est dans la galère sociale, parce que, lui, il touche plus à rien. Sauf à l'alcool. Mais il touche plus du tout... aux opiacés. Il a une femme, il a deux enfants, il galère. Il est marin, il trouve pas du travail aux heures qui sont compatibles avec la vie sociale, le fait de garder des enfants. Donc il galère, parce que quand t'es marin tu pars à trois heures du matin, sa femme elle est dans les coquillages, donc il faut partir aussi à trois heures du matin. Tu ne trouves aucune nounou entre trois heures et huit heures. Et donc lui, je lui fais le tiers-payant et j'en suis, là en ce moment, il a neuf fois 6,90 à me régler. Et c'est quand il va trouver du travail qu'il me les rendra, donc je pense que... Je peux rêver. En tout cas, c'est noté à chaque fois, je lui dit : "On est à la neuvième consultation". Mais je... je mets pas de jugement. Je lui dis. Et il le sait. Et quand vraiment, il peut, il me donne un 6,90 pour que, au lieu de neuf, dix, onze, douze... on reste à une de moins. Il fait des efforts, je l'aime bien ce gars. »

On voit que le vocabulaire met aussi en avant la notion de mérite par les « efforts » qu'il fait face à une situation sociale délicate. Ceci amène Anne-Élise à se montrer plus charitable d'un point de vue financier, ce qui pourrait être justifié par la seule pauvreté pécuniaire du patient, mais aussi sur d'autres plans évoqués aussi pour le patient précédent :

« Quand il vient entre deux, je lui dis que je veux pas mais je lâche un peu parce que, lui, je l'aime bien et parce que, voilà, il y a les enfants à récupérer et puis ce matin il a bossé, et donc là il est trois heures de l'après-midi, il a pas dormi depuis trois heures du matin... il a plus de Métha et la pharmacie m'a appelée, et je lui fais vite fait parce que je le connais très bien et... et je le dépanne. Et là il y a pas de règlement et il y a pas d'ardoise. C'est du gratuit. »

La situation financière d'un patient est probablement la première raison de lui accorder des avantages concernant le paiement d'une consultation. Mais la conduite du patient permet de faciliter ou non la relation et des avantages éventuels.

2. LA CONSTRUCTION NORMATIVE DES PATIENTS

Les déterminants d'une bonne relation de soin

La relation entre médecin et patient a largement évolué ces dernières décennies (Heritage et Maynard 2006). Le modèle de Parsons, bien que fondateur et toujours pertinent sur certains points, a été jugé trop centré sur un modèle de maladie aiguë et laissant peu de place aux caractéristiques individuelles des acteurs. Parsons ne décrit qu'une forme d'interaction, alors que plusieurs pourraient être décrites. C'est ce que proposent Thomas Szasz et Marc Hollender (1956) avec une typologie comprenant trois types de relation. Celui de l'« activité-passivité » se rapproche de la description précédente de Parsons avec un médecin qui décide et un patient qui obéit. La « guidance-coopération » est l'exemple même de la relation de la médecine de premier recours selon plusieurs auteurs (par exemple Freidson 1970 ou Heritage et Maynard 2006). Le patient exerce un jugement, guidé par le médecin. Ce dernier doit l'aider, lui expliquer, afin qu'il puisse donner son accord. Le médecin reste maître de la situation, prenant en compte l'avis éclairé du patient. Enfin la « participation mutuelle » tend à éliminer l'asymétrie relationnelle entre les acteurs pour s'orienter vers une recherche commune du bon soin, comprenant échange et réciprocité dans une interaction libre. Ce dernier type a particulièrement pris de la valeur par la suite. Comme pour la définition de la profession, l'interactionnisme a fait redescendre le médecin de son statut supérieur pour le faire dialoguer avec le patient, dans une négociation d'égal à égal. Anselm Strauss (1992), à partir des années 1960, a joué dans cette évolution un rôle majeur, décrivant un « ordre négocié ». Ce concept a ensuite été repris par certains auteurs pour décrire l'évolution liée aux maladies chroniques, quand le médecin n'a plus de solution incontestable à proposer au patient pour le conduire à la guérison (Baszanger 1986).

Le modèle biomédical centré sur la maladie a ainsi laissé la place à un modèle centré sur le patient, visant à promouvoir la prise en compte par le médecin du point de vue du patient et de sa subjectivité. Il ne s'agit plus pour le médecin de se limiter à donner des consignes au patient, attitude qualifiée actuellement de paternaliste, mais il lui faut dialoguer avec lui dans une co-construction de l'action la plus appropriée. S'il s'agit d'un modèle dans lequel la médecine générale a cherché une légitimité particulière,

l'observation montre qu'on ne la retrouve pas aussi systématiquement dans les pratiques. Il nécessite à la fois le bon vouloir et les compétences tant du médecin que du patient. De plus ce modèle oublie parfois la spécificité de cette interaction, initié par une plainte du patient. Le corps et ses dysfonctionnements peuvent provoquer une vulnérabilité du patient, le mettant de fait dans une situation d'asymétrie vis-à-vis du médecin. Il n'est pas complètement un client guidé par les lois du marché, ni un citoyen mû par une certaine idée de la démocratie rendant tous les acteurs égaux (Mol 2006). La pathologie est donc en soi un acteur, que ce soit du point de vue biologique ou de ses représentations collectives ou individuelles.

La pathologie

Quand je pose la question en termes de consultation facile ou difficile, plusieurs médecins renvoient mon interrogation vers diverses situations pathologiques. Ainsi, George préfère éluder la question en affirmant que « le patient doit être consulté, doit être vu, à cause de sa pathologie, de sa maladie », et continue en expliquant que, dans ce cadre, c'est évidemment « plus simple » de faire un « renouvellement d'ordonnance » que d'avoir affaire à « une affection de type lombo-sciatique, une colique néphrétique, une affection digestive... » qui demandent un peu plus de temps. De même, les pathologies psychiatriques sont souvent présentées comme difficiles à prendre en charge. On retrouve, comme précédemment, des questions de temps, Paul exprimant la difficulté de « continuer à les écouter », ce qu'il considère par ailleurs comme légitime, alors que d'autres patients attendent. C'est aussi l'avis de Carine concernant les patients déprimés qu'« il faut écouter plus longtemps, garder plus longtemps. Il faut souvent... justement, apprendre à connaître [leur] vie pour mieux [les] connaître... et ça prend du temps ».

Mais les difficultés rencontrées avec certaines pathologies ne renvoient pas seulement à des problèmes de perte de temps ou de complexité de prise en charge médicale. On retrouve dans les arguments d'autres éléments, renvoyant à des aspects plus moralisateurs. C'est particulièrement le cas pour la toxicomanie. Alors que l'on discute justement des consultations difficiles, on est interrompu par le téléphone. Sans suivre vraiment la conversation, je comprends qu'elle refuse quelque chose à son interlocuteur, l'adressant plutôt vers un confrère. Lorsqu'elle raccroche, elle me dit : « Voilà le deuxième style de patients que je ne veux pas : c'est les toxicos ». Elle m'explique alors avoir eu une mauvaise expérience où elle considère s'être « faite avoir » : « Si vous prescrivez une fois ce genre de médicament, vous avez tous les toxicos du quartier qui vous tombent dessus ». On retrouve

cette mauvaise image des toxicomanes chez plusieurs médecins qui refusent de les recevoir. Celle-ci est en partie expliquée par le sentiment d'échec de plusieurs praticiens face à ces patients, mais aussi une certaine responsabilité qui leur incombe. S'ils sont dans cet état, c'est quand même un peu de leur faute. Il est des pathologies que l'on mérite. Élisabeth me dit ainsi à propos de consultations difficiles qu'il y a un patient qu'elle « n'aime pas » : « J'aime rien de... ni de sa pathologie, ni de sa manière de concevoir la vie. Euh... j'aime rien de lui ». Et quand je lui demande de m'en dire plus, elle m'explique qu'il « a beaucoup de pathologies mais il les a bien cherchées, il a tellement fumé, bu et autres que... Il estime qu'il a des... enfin, il a des problèmes financiers, mais il les a cherchés et il les a trouvés. » Cette idée de considérer un patient comme responsable de son état est également reprise, bien que dans une moindre mesure, par Bruno. Ce dernier considère ainsi certains patients comme ayant des « défauts », notamment ceux « qui prennent mal leurs médicaments, qui ont pas de diététique, qui suivent mal les prescriptions, qui ont une mauvaise diététique, qui ont pas d'activité physique, qui se laissent aller, qui sont pas coopérants ». Et dans ce cas, il lui semble nécessaire de « faire la part entre ce qui est leur responsabilité à eux et puis la responsabilité qu'on a nous dans la thérapeutique ». Il semble alors légitime de considérer que cette responsabilité qui incombe au patient jouera dans la relation.

À l'inverse, Bruno considère comme faciles des consultations avec un patient « qui a mal à la gorge ou qui tousse ». Dans ce même esprit, Nicolas décrit la situation volontairement caricaturale « d'un patient qui arrive, qui a une conjonctivite : traitement de la conjonctivite, "au revoir", je suis satisfait, ça a duré 5 minutes, la salle d'attente était pleine, je suis très content ». On voit dans ces derniers exemples la facilité pour le médecin de traiter une pathologie ne posant pas de problème d'un point de vue diagnostique ou thérapeutique et sans risque important pour la santé. Cette facilité intellectuelle, liée à la standardisation d'une prise en charge efficace de la maladie, s'accompagne aussi d'avantages en termes d'organisation des soins dans un cabinet : le médecin gagne du temps, permettant de rattraper du retard, de voir plus de patients ou de finir plus tôt. Dans ces pathologies, on se rapproche de la description du rapport médecin-patient décrit par Parsons, ou du modèle de l'« activité-passivité ». D'un point de vue biomédical, il y a peu à discuter : les données de la science sont claires, il y a peu d'incertitude. Il faut certes expliquer au patient et qu'il donne son accord, mais cela se fait *a minima*.

Cependant, si Nicolas présente son exemple de façon si caricaturale c'est surtout pour exprimer le fait qu'une consultation « peut être extrêmement facile et pas forcément...

satisfaisante » pour le médecin. Il explique qu'il n'y a « rien de palpitant » dans ces situations et prolonge sa pensée quand je lui pose la question de la facilité pour des maladies plus complexes : « [une consultation], si elle est facile sous diabète, elle est pas complètement plaisante ». De même que les consultations faciles ne sont pas toujours vécues comme agréables, car peu stimulantes intellectuellement, les consultations difficiles ne sont pas nécessairement mal vécues par les praticiens. Le même médecin considère « qu'il y a des consultations extrêmement dures dont on peut être satisfait ». Il prend pour exemple la découverte d'un cancer chez un patient et l'accompagnement qui s'en est suivi, dont il dit qu'il a été tout à la fois « heureux de la consultation » et que « c'était épouvantable ». Ce n'est pas un hasard si les deux exemples qu'il prend sont des maladies chroniques dans lesquelles les modèles de la « guidance-coopération » et de la « participation mutuelle » ont davantage leur place. On voit ainsi qu'une relation médecin-patient peut être considérée comme satisfaisante dans les trois modèles décrits, et que le type de pathologie possède sa part d'influence.

En lien avec la pathologie, et de manière plus large les raisons de la consultation, les médecins considèrent comme satisfaisante une consultation si elle donne lieu à un résultat positif. Si l'on reprend les maladies « simples » précédentes, le résultat attendu peut être la guérison. Dans ce cas cependant, il n'y a que peu de mérite pour le médecin et donc une moindre satisfaction. Mais il en est tout autrement pour des pathologies chroniques et Nicolas continue son propos précédent :

« [Une consultation], si elle est facile sous diabète, elle est pas complètement plaisante. Il y a rien de palpitant : l'hémoglobine glyquée est au point, le carnet est au point, tout est au point. Ben, voilà... Par contre, s'il y a eu un changement positif dans l'attitude du patient... parce qu'on avait travaillé tel ou tel sujet. Ou bien même pas, ça tient même pas à moi, parce que la maturité du temps ou une rencontre a changé son attitude, et que je vois qu'il y a une modification qui va dans le bon sens... Je suis super heureux, moi. [...] C'est le changement... qui va influencer ma satisfaction ; évidemment, dans le sens constructif et positif. »

Plusieurs médecins évoquent ainsi la satisfaction de voir un patient s'améliorer dans le sens qu'ils souhaitent, et la déception quand le résultat n'est pas au rendez-vous. Ce que Bruno résume par : « C'est facile quand ce que vous proposez ça marche bien, c'est difficile quand ce que vous proposez, on a pas les résultats escomptés ».

La confiance

Si les résultats participent à la satisfaction des médecins, les moyens d'y aboutir ont aussi leur importance, quelle que soit d'ailleurs l'issue de la consultation. Et concernant cette qualité de la relation, une expression revient souvent dans la bouche des médecins, il s'agit du mot « confiance ». Quasiment tous les médecins l'utilisent quand il s'agit de qualifier les consultations agréables, celles qui se passent bien. Le plus fervent défenseur de ce terme est sans doute Simone : « À la base, il faut que j'ai l'impression qu'on ait confiance en moi, point. C'est basique. Si j'ai le moindre soupçon, du moindre truc, du moindre, moindre, moindre, moindre, moindre... qu'on a pas confiance... », elle considère alors que la relation ne peut pas bien se passer, voire qu'il vaut mieux en rester là. Le problème est que l'on n'est pas plus avancé si l'on en reste là tant les définitions sont ensuite floues et le mot porteur de choses diverses.

D'un point de vue théorique, la confiance caractérise un type de relation entre des individus dans une situation d'incertitude. Nous avons déjà vu que la pratique médicale y répond en la définissant comme prudentielle. Mais ce n'est que le cadre. « Faire confiance à quelqu'un, c'est s'en remettre à lui pour l'obtention d'un résultat visé par soi ou pour la félicité d'une transaction, en n'ayant pour garantie que la croyance en sa fiabilité ou sa loyauté » (Quéré 2001, p. 136). Il s'agit donc d'un choix, librement consenti, consistant en un acte de délégation dans un cadre défini. Une relation d'asymétrie s'installe donc, mais dans un but commun. L'engagement est réciproque, même si c'est le patient qui octroie sa confiance au médecin. Pour ce faire, il base dans un premier temps sa croyance sur le statut même de médecin. Il « accepte par avance, jusqu'à un certain point, sa valeur et son autorité » (Freidson 1970, p. 315). Ce sont ces derniers éléments que l'on retrouve effectivement dans les discours des médecins lorsqu'ils présentent des situations où ils considèrent que cette confiance est remise en cause. Celle-ci apparaît alors fortement liée au respect de l'asymétrie des positions, portant sur l'autonomie professionnelle du médecin et la remise en cause de son savoir. La confiance est présente quand les deux parties respectent cette asymétrie.

S'il faut que le médecin sente que le patient a confiance en lui, il doit également aussi pouvoir faire confiance au patient pour que la relation lui convienne. Comme contre-exemple, il est des cas où le patient ment délibérément au médecin dans le but d'obtenir quelque chose. On retrouve ainsi un patient actif, mais dans une relation jugée

négativement par le médecin, sans confiance possible. Ce ne sont pas les cas les plus fréquents même si quelques exemples ont déjà été cités précédemment. Celui de patient qui prétendent avoir la CMU-C pour obtenir une consultation gratuite avec George ; ou celui des patients toxicomanes dont Danièle nous dit qu'elle s'est « fait avoir », ruinant la confiance ultérieure envers ce type de patients. Ces attitudes peuvent être rapprochées de formes d'« instrumentalisation » du médecin par le patient, dans lesquelles ce dernier tente de prendre le pas sur l'autorité du médecin (Intermède 2008). Ce que Nicolas qualifie de « manipulation » à propos d'un patient demandant de nombreux certificats, services, ordonnances, et dont il affirme que ce dernier « disait des choses et en cachait d'autres ».

Il arrive plus souvent aux médecins de se retrouver face à des patients qu'ils ne considèrent pas comme fiables. Ce jugement n'est pas directement lié à la question de la réussite ou même à l'observance des recommandations du médecin. Simone évoque ainsi une situation « difficile » dans le sens où elle s'est retrouvée en échec thérapeutique pour une perte de poids tout en qualifiant la relation d'« excellente ». Nicolas explique ceci en considérant que « l'horreur » se trouve dans une interaction avec un patient que l'on n'arrive pas à cerner :

« Quand on sent qu'un patient, il dit un truc... on entend un truc et on sent bien que c'est l'inverse qui se passe. C'est la consultation ambivalente. On peut même pas... On arrive pas, au bout de... une demi-heure, mais pourquoi il est là ce bonhomme. C'est quoi l'objet... c'est quoi le but de la consultation. »

Il trouve cela beaucoup plus difficile qu'une situation de confrontation qu'il « gère beaucoup mieux ». Il fait ainsi la différence entre des contextes difficiles et la situation précédente :

« Quinze consultations difficiles, mais qui se passent bien. Parce que difficile d'un point de vue... tout : affectif, souffrance, maladie et tout ça. Mais on avance, il y a une alliance thérapeutique... Arrive un espèce de truc pas très clair, qui demande ou qui est vindicatif, on sait pas si c'est vraiment vindicatif ou pas... Celui-là il vous a cassé la journée. »

Une des plus grandes difficultés est de ne pas être sur la même longueur d'onde. Cela peut se retrouver dans certaines pathologies psychiatriques mais également quand il existe un grand décalage dans le savoir ou la culture.

Le statut social : à chacun son rôle

Certaines demandes de patients sont jugées désagréables par les médecins. Une caractéristique de ces demandes est que le praticien n'est plus considéré que comme un simple effecteur, un « prestataire de service » comme on l'entend parfois péjorativement. Ce dernier n'a plus de travail de réflexion et de décision, il peut simplement acquiescer ou refuser. Il peut s'agir par exemple de la prescription de traitements à la demande du patient, comme ce peut être le cas pour du paracétamol. Élisabeth s'en plaint ainsi :

« “J'ai droit”. C'est une expression qui me hérissé. Bon, ça veut pas dire que je vais pas obtempérer à la demande, mais ça m'agace. Ça m'agace quand on me demande de prescrire trois boîtes de Doliprane ».

Il n'est pas question, ici, de juger de la légitimité de ces demandes, puisque c'est surtout la non-prise en compte du statut du médecin en tant que professionnel autonome qui est en question. La même continue plus tard en parlant de patients demandant un arrêt de travail pour la veille, et elle conclut ainsi, passant outre la légitimité de la demande : « J'ai horreur d'être devant le fait accompli ». Un autre exemple concernant ce même phénomène est apporté par George :

« Plus difficile ce sont les gens qui ne sont pas contents, les gens qui ne sont pas satisfaits, qui viennent chez moi en disant : “Docteur, je veux ça, ça, ça”. Alors je dis toujours : “Vous êtes le patient, et le malade, moi je suis le médecin, donc je décide les médicaments que vous devez prendre. [Sinon] vous allez à la pharmacie, vous prenez les médicaments que vous voulez”. »

C'est aussi l'avis de Simone : « Si on vient, on me dit : “Je veux ci, je veux ci, vous faites ci, ci, ci...” Ah là, non. Ça c'est sûr. “Je vous dis ce que j'ai à vous dire, vous faites après si vous voulez” ». Elle considère que c'est au médecin de leur présenter quelque chose et que le patient a ensuite « la liberté » d'accepter ou non, se situant dans le modèle classique de la « guidance-coopération ». Elle prend ainsi l'exemple d'une patiente venue en demandant un bilan sanguin avant de débiter un régime particulier, ce que Simone lui a refusé.

Ces situations mettent en lumière une nouvelle modalité d'interaction qui n'est pas décrite par Szasz et Hollender. Ces derniers présentent des modèles successifs dans lesquels le degré d'activité du patient augmente dans l'interaction, sans passer le cap d'une situation où celui-ci prend le pas sur le médecin. Et pour cause d'après Freidson, ils sont tous deux médecins. « Ce défaut représente le point de vue caractéristiquement normatif du penseur médical : il existe bien des situations où le praticien fait plus ou moins ce que

lui demande le patient, on ne peut le nier, mais ces situations sont rejetées d'emblée comme trop intolérablement non professionnelles, non thérapeutiques et sans dignité pour être concédés par simple souci de logique ou parce que la reconnaissance de l'inclusion leur confère de la dignité » (Freidson 1970, p. 314). On voit de manière encore plus aiguë que les modèles de Szasz et Hollender sont acceptés par les médecins qui s'y retrouvent, mais qu'ils rejettent effectivement une inversion de cette autorité, pourtant retrouvée dans d'autres enquêtes (Intermède 2008). On retrouve les thèmes de l'« instrumentalisation », mais également des confrontations plus frontales au cours desquelles le médecin juge que le patient dépasse ses prérogatives.

Cette volonté d'autonomie dans le contenu de l'activité est une question centrale dans la définition de ce qu'est une profession (Champy 2009). La profession médicale n'y échappe pas et nous avons vu que cela a joué une place centrale dans son histoire, conduisant l'État à lui laisser un certain monopole sur les questions de santé. C'est particulièrement le cas pour la médecine libérale, et donc la médecine générale, avec les combats pour conserver diverses libertés : de prescription, mais aussi d'installation, de choix des patients et d'organisation du travail en général. Cela fait partie des arguments ayant conduits plusieurs médecins à choisir la médecine générale, l'hôpital faisant office de repoussoir vu comme trop bureaucratique et hiérarchisé. Ainsi, Alain explique son choix comme un refus de faire le « larbin » à l'hôpital, alors qu'en médecine générale, « tu fais ce que tu veux, dans la limite de tes compétences et dans la limite de ce que tu fais, et... dans la limite de ce que tu *veux* faire ». Le contenu de l'autonomie porte autant sur la définition de l'activité (ce qui est médical ou non), sur la conduite de la relation que sur l'organisation du cabinet. Magali passe ainsi aisément de l'un à l'autre :

« Les gens qui me sont antipathiques [...] C'est plutôt le profil : “Je veux ça, je veux ça” ou... “C'est comme ça que ça va se passer, je comprends pas, vous êtes en retard, gna gna gna...” Tu vois, ceux qui vont me faire la morale dès le début. Ceux-là, ils vont aller voir quelqu'un d'autre vite fait »

Ceci est également mis en évidence par Arnaud, suite à une altercation avec une patiente contestant sa manière de fonctionner :

« Vous faites ce que vous voulez, mais au jour d'aujourd'hui, c'est pas vous qui allez me dire comment je dois travailler, ma façon de fonctionner, et ma façon d'organiser mon cabinet. Vous ne travaillez pas, mais le jour où vous travaillerez, si vous travaillez dans un commerce, je n'irai pas dire chez vous... je n'irai pas vous dire comment faire. »

D'autres médecins décrivent aussi ce besoin de maîtriser le cadre des consultations. Arnaud est un bon exemple lorsqu'il évoque le stress que lui provoque l'exigence des patients de respecter les rendez-vous, alors qu'il se sent plus à l'aise sur les plages de consultations sans rendez-vous qui lui permettent de maîtriser son temps :

« Ça m'angoisse, je déteste les consultations sur rendez-vous. Le matin [plage sans rendez-vous], vous arrivez, il manque parfois des chaises – vous avez vu la salle d'attente... Ça m'affole pas, je suis content, ça me motive, ça me donne un coup de stress, allez. Je me dis : “il faut que tu fasses du six à l'heure, six patients à l'heure. Sept, huit à l'heure.” [...] C'est une émulation. Par contre les rendez-vous... Le *timing*... Ils sont là, alors ils s'énervent parce qu'il y a un quart d'heure de retard. Ensuite, une fois qu'ils sont là, ils arrivent avec dix problèmes, une liste... [...] Donc du coup, ça me stresse beaucoup. »

Dans le même ordre d'idée, on peut évoquer à nouveau le rapport de Danièle aux toxicomanes puisqu'elle décrit un débordement par les demandes de ces patients. Cette perte de maîtriser l'a convaincue de ne plus recevoir de toxicomanes. Là non plus, la relation ne pouvait se développer en toute confiance. Je terminerai ce paragraphe en rappelant l'attitude de Bruno concernant les patients revendiquant un droit à un tiers-payant et la gêne que cela occasionnait chez lui. Ce “droit” met à mal l'autonomie du médecin, il n'est plus le seul décideur de ce qui se passe dans son cabinet. Dans ce cas aussi, la gêne porte plus sur les moyens que sur les résultats, ce qui est mis en évidence par la comparaison entre d'une part un droit revendiqué par certains patients et dénoncé par certains médecins, et d'autre part la même proposition, voire une proposition plus avantageuse pour le patient, avancée par le médecin et qui est alors jugée plus agréable par ce dernier. Anne-Élise a une formule résumant bien ceci : « J'aime pas les “J'y ai droit”. J'ai horreur de ça. J'aime beaucoup donner le droit à des gens qui me le demandent pas. » C'est là tout l'intérêt lié à la charité pour celui qui la donne, il en reste le propriétaire et en garde le pouvoir. L'autonomie est respectée, la hiérarchie aussi.

Cette revendication de l'autorité du médecin prend aussi sa place dans le fait d'avoir des relations avec les patients en dehors du cadre d'une consultation. Durant l'entretien, Élisabeth discute de la séparation qu'elle fait entre le bureau et la maison concernant certains amis qu'elle voit en tant que médecin. Cela se traduit en pratique par le fait qu'elle ne prépare pas à manger pour ses amis en suivant à la lettre un éventuel régime qu'elle aurait prescrit par ailleurs, et que d'un autre côté, les ordonnances ne se font qu'au bureau

et sur rendez-vous, comme pour tous ses patients. « C'est mélangé mais il n'y a que moi qui ait le droit de mélanger » conclut-elle. Ce qu'elle confirme en fin d'entretien : « J'aime bien mener... moi-même. La relation, qu'elle soit strictement médicale ou autre, elle est ce que je veux en faire ». Enfin, Arnaud évoque plus tard le cas d'une patiente qui l'a abordé pour lui montrer des radiographies en dehors des heures de consultation et alors qu'il s'apprêtait à manger. Là-aussi, il n'est pas question de juger si le médecin a bien fait ou non de refuser de recevoir la patiente, mais simplement de s'attacher à sa conclusion, survenant je le précise après des mots assez durs de la patiente : « Je n'ai pas fait autant d'études, et autant de sacrifices pendant les années d'études, pour que les gens m'imposent leur façon de voir les choses ». Cette dernière phrase nous amène à voir que cette place revendiquée comme asymétrique du médecin s'appuie, au moins en partie, sur la détention d'un savoir scientifique dont nous allons parler.

Avant d'en venir à la question du savoir spécialisé, il faut mettre en balance l'attitude trop directive de patients, qui vient d'être décrite comme ne convenant pas au médecin, avec une attitude jugée trop passive qui leur déplait aussi. Cette dichotomie est exprimée par Magali, qui distingue ce qu'elle nomme « les subisseurs-nés » des autres. Ce sont des personnes qui sont trop passives, dans leur vie en général aussi bien que dans la relation avec le médecin et leur investissement pour leur santé. Elle me donne l'exemple d'une patiente vue le matin même :

« Elle est pas bien, tu vois. Elle va pas bien... Elle se sent pas... elle grossit de plus en plus, elle se sent pas bien... "Mais qu'est-ce qui vous plaît ?" "Pff, j'sais pas". [...] Elle était préparatrice en pharmacie, a fait un truc pour être secrétaire médicale qu'elle a jamais fini. Et je crois que son truc préparatrice en pharmacie, elle l'a jamais fini non plus. "Et pourquoi ?" "Ben je sais pas, c'était dur ». Tu vois... Des gens pas motivés, quoi ».

Elle enchaîne ensuite, faisant le lien entre cette attitude et la difficulté de faire changer le comportement alimentaire de cette patiente, du fait d'une inactivité complète durant la consultation et de l'absence de répondant :

« Parce que si elle est pas motivée dans son travail, c'est pareil dans sa vie autrement, et donc euh... Elle est en surpoids, faire du sport, faire un effort sur ce qu'elle mange... Ben, elle le fera pas non plus. »

Et lorsque Magali lui annonce : « ben là vous avez repris un kilo », sa seule réponse est « C'est les glaces, ça. », dans un mélange de fatalité et d'absence de volonté de participer à une discussion. On peut conclure ceci par les propos qu'elle tiendra un peu plus tard en

comparant ces deux attitudes : « Faut pas être dans les extrêmes. Il y a les mous, et il y a ceux qui viennent, qui savent déjà ce qu'ils veulent, et puis si tu proposes autre chose, ils le feront pas... ».

Ni trop, ni trop peu. Le malade est ainsi défini comme ayant un rôle actif durant la consultation, souvent plus important que celui décrit par Parsons, mais qui ne doit pas pour autant déborder les prérogatives du médecin. Ce dernier doit rester maître du cadre de la consultation et de son déroulement. Une illustration de cette qualité des patients est parfois retrouvée dans les annonces de médecins qui cherchent un remplaçant ou un successeur. Ils appellent cela une « patientèle éduquée », suggérant que c'est aussi un rôle du médecin que d'apprendre au patient cette attitude.

Le savoir : à chacun ses compétences

Comme nous venons de le voir et comme dit précédemment, les médecins revendiquent la possession d'un savoir scientifique qui appuie leur place de professionnel expert de la santé. C'est du fait de ce savoir que les gens viennent les voir. Il peut cependant arriver que des patients mettent en cause cette connaissance ou revendiquent un savoir concurrentiel. Ceci n'est pas apprécié par les médecins, mais il existe une ambiguïté du fait que par ailleurs les mêmes reconnaissent une facilitation de leur travail par l'existence d'une culture médicale des patients.

La possession d'un savoir scientifique est régulièrement renvoyée aux patients qui feraient mine de la remettre en cause. Arnaud le rapporte à plusieurs reprises durant l'entretien. Par exemple, une « mamie », ancienne collègue de travail de sa mère, lui a avoué ne plus lui faire confiance. Le différend portait sur le traitement chirurgical d'un prolapsus rectal qui la gênait et que le généraliste ne souhaitait pas faire opérer, contrairement à elle et à l'avis d'un gastro-entérologue qu'elle avait consulté. Il lui a alors répondu :

« Maintenant, au jour d'aujourd'hui, dans la mesure où, apparemment, vous ne me faites plus confiance, vous considérez que... j'en ai rien à faire de votre problème digestif, [...] eh bien, je ne vais plus vous suivre. »

Et il lui a conseillé un autre médecin du secteur, celui « qui a le plus de patience » vu son « état d'esprit ». Arnaud n'est évidemment pas le seul médecin dans ce cas. Bruno récapitule bien la problématique quand je lui pose la question de relations difficiles avec les patients, notamment ceux ne respectant pas les consignes du médecin :

« Oui, ça peut arriver. Mais dans ces cas-là, je suis assez... clair. Je veux dire par là, ou ils adhèrent ou ils n'adhèrent pas. Après il y a un problème de confiance, si la confiance n'existe pas et si on remet en doute... si le patient remet en doute... nos choix. J'arrête quoi. Je luxe, d'une façon ou d'un autre. Soit en lui disant carrément, soit par un biais x ou y parce que je veux pas le blesser ou autre... »

Cette remise en cause du savoir peut prendre un tour plus subtil qu'une opposition franche ou une mauvaise observance. Carine considère par exemple comme difficiles les consultations où le patient va reprendre l'ordonnance et remettre en question le bien fondé de chaque élément. Ce qu'elle figure par « le patient qui va vous relire l'ordonnance, vous redire : “Mais pourquoi, mais machin, mais bidule...” ». Danièle reprend ce propos, considérant comme « désagréable » le fait qu'un patient mette en doute ce que le médecin peut dire, mais elle l'élargit ensuite en passant du médecin à la médecine, affirmant ainsi l'unité de la profession : « Ils mettent en doute ce que vous venez de proposer. Donc, moi je veux bien qu'on mette en doute, mais à ce moment-là, ne consultez pas un médecin ». Une autre question est de savoir si le problème, du point de vue du patient, porte plutôt sur la remise en cause d'un médecin en particulier ou sur les données de la science médicale telle qu'elle est pratiquée en France.

Une autre plainte des médecins ne porte pas tant sur la remise en cause de leur savoir que sur la revendication d'un savoir propre par les patients. Il peut alors exister une « compétition des savoirs » (Intermède 2008). Là encore, cela est jugé désagréable par Arnaud qui me donne plusieurs exemples dont celui d'un patient avec qui les relations « sont devenues difficiles » :

« Je l'ai grondé l'autre fois quand il m'a dit : “Oui, de toute façon j'ai fait l'essai et mes dextros sont les mêmes que je prenne les médicaments ou pas”. Alors là, j'ai été un peu ironique parce qu'il faut le prendre parfois un peu. J'ai dit : “Mais, je ne savais pas que vous étiez un scientifique... et que vous faisiez vos expériences et tout ça”. »

Le médecin accentue la position d'autorité liée à son savoir en devenant paternaliste au sens étymologique, c'est-à-dire en mettant le patient dans une position infantine et en le « grondant ». Danièle présente également une situation similaire avec un de ses patients et sa réponse a été tout aussi cinglante :

« J'ai un monsieur, là, dans l'immeuble, qui est chimiste. Il est venu [...] et il me dit : “Vous pensez pas qu'il faudrait plutôt donner cette molécule plutôt que cette molécule ?” J'ai dit : “Ben, écoutez, revoyez vos cours de chimie, on en rediscute.” ».

D'autres situations sont cependant moins caricaturales. Ainsi, Paul évoque-t-il la relation avec certains de ses patients qu'il qualifie de « gros pinailleurs », c'est-à-dire ceux qui « savent tout », qui « veulent savoir pourquoi » et posent « toujours des questions ». Mais il s'en défend ensuite quand je lui demande si ça le dérange que des patients revendiquent d'en savoir autant que lui : « C'est pas qu'ils savent aussi bien, ça, ça me gêne pas. Non, mais il y en a qui vont... il y en a beaucoup qui vont sur internet ». Paul qualifie ces gens d'« obsessionnels » et donne l'exemple de patients venus le voir suite à une polémique au sujet du Di-Antalvic³². Apparemment, il craint surtout que les patients interprètent mal ou aient de mauvaises informations comme il l'explique plus tard en prenant l'exemple du vaccin de l'hépatite B et de la sclérose en plaque. Il conclut en affirmant : « J'essaie d'expliquer quand même, parce qu'on a appris un peu plus que lui quand même au niveau du fonctionnement d'un organe par exemple. Pourquoi l'intérêt de tel médicament et son souci. » S'il importe que les patients aient certaines connaissances médicales comme nous allons le voir, il est par contre gênant pour les médecins qu'ils les mettent en concurrence avec celles du médecin.

Un certain savoir du patient concernant la médecine et son fonctionnement est cependant utile au médecin, et facilite la relation entre les deux partenaires. Le même Paul reconnaît ainsi qu'il est plus facile de mener une consultation avec des patients « qui ont un peu de recul sur... qui ont une petite culture médicale », ce qui dans son cas se traduit par « 40 ans de télé avec des émissions médicales ». Carine est aussi porteuse de cette ambivalence. D'un côté, nous l'avons vu, elle se plaint des patients qui posent trop de questions sur l'ordonnance et demandent plus d'informations sur les traitements prescrits, mais d'un autre, elle affirme que les patients qui sont « maîtres de leur pathologie [...] c'est très bien parce que c'est comme ça qu'on y participe ». Cet exemple portait sur le diabète et peut facilement correspondre aux autres maladies chroniques, pour lesquelles nous avons vu qu'une implication du patient est considérée comme une bonne chose, faisant référence au modèle de « participation mutuelle ». Elle élargit ensuite son propos et enfonce le clou en prenant pour exemple des pathologies aiguës et bénignes. Elle considère comme plus faciles les consultations où le patient a déjà un certain niveau de connaissance médicale, c'est-à-dire le patient

³² Médicament antalgique retiré de la commercialisation en 2011, suite à une réévaluation de l'autorisation de mise sur le marché et à des effets secondaires jugés trop importants.

« qui sait que les antibiotiques c'est pas automatique, qui sait qu'il a un rhume, et voilà... Qui a compris, qui a un peu intégré la médecine. [...] Pas la peine d'avoir vingt médicaments sur l'ordonnance ».

Et elle se plaint, à l'inverse, d'un hypothétique patient à qui il faut tout expliquer et qui pose des questions dont il devrait connaître la réponse :

« “Mais pourquoi, docteur, j'ai un rhume, vous me donnez... voilà, juste du Doliprane et un pschitt dans le nez”. Voilà, ce patient-là, même pour un rhume, il faut lui expliquer que ça va passer tout seul. »

Ainsi, à part dans un modèle où le patient est entièrement passif, un minimum de savoir médical facilite le travail du praticien. Ce type de savoir est d'autant plus mis en évidence que le médecin généraliste est en prise directe avec les représentations profanes des patients en tant que médecin de premier recours. Ce savoir ne fait pas uniquement référence à une connaissance encyclopédique, il renvoie tout autant à une culture dans laquelle la santé bénéficie d'une place privilégiée. Devant un dépassement d'honoraire, un patient qui « ne roule pas sur l'or » et choisissant tout de même de faire un sacrifice « pour sa santé » fait se réjouir Arnaud : « J'étais content [de voir] qu'il était motivé par ça, que c'était important pour lui ». Il importe que le patient investisse dans sa santé, qu'il la considère comme quelque chose qui compte, tout autant que pour le médecin.

Comme pour les patients « éduqués », certains médecins utilisent un jargon pour désigner les patients qu'ils jugent suffisamment bien comprendre et intégrer leurs propos. Ce sont des patients « cortiqués ». Si ce terme n'a pas été utilisé dans les entretiens, je l'ai régulièrement entendu durant mes études et mon exercice professionnel. Il est également retrouvé dans une thèse de médecine générale (Mériaux et Ernst 2013) dans la bouche d'internes, ces derniers l'utilisant pour caractériser certains patients précaires, ce qui nous amène à faire le lien entre la description de cette relation et les caractéristiques sociales des patients.

Une relation socialement déterminée

Jusqu'ici nous avons décrit les relations de soins et les déterminants de la satisfaction des médecins sans évoquer l'influence des catégories sociales. Ce n'est pas un hasard tant les médecins sont rétifs à décrire des relations différentes avec les patients selon ces caractéristiques. La première réponse à la question de savoir si la relation de soin varie avec

les patients est souvent : « je fonctionne avec tout le monde pareil », comme le dit Simone. Ce qui est probablement à comprendre dans le sens qu'ils ne font pas de discrimination, seule la pathologie compte c'est-à-dire l'aspect biomédical. La seconde réponse possible est celle de George : « ça dépend du caractère de la personne », reprise par plusieurs médecins dont Nicolas, exactement dans les mêmes termes. Tout se passe comme si, pour les médecins, les seuls aspects pouvant faire varier la relation étaient la pathologie et des éléments psychologiques, purement individuels et décontextualisés, éventuellement liés aux parcours de vie et aux épreuves que certains patients ont dû affronter. Ainsi, les visites permettent à Arnaud de découvrir « l'aspect psychologique des gens » et quand Paul se pose avec d'autres confrères la question de savoir « pourquoi on ne supporte pas » certains patients, une des réponses est « le timbre de la voix ». Cette « psychologisation » est retrouvée par Sylvie Fainzang (2006) dans son étude sur la circulation de l'information entre le médecin et le malade. Sous couvert de protéger les patients psychologiquement faibles, elle décrit une distribution de l'information selon des critères collectifs aboutissant à une « inégalité sociale d'accès à l'information ». Dans les entretiens, il est également possible d'obtenir un certains nombres d'éléments liant données sociales et qualité de la relation médecin-patient.

Dans un premier temps, je propose de séparer l'analyse en deux catégories, les pauvres et les riches. Cette séparation est quelque peu artificielle, un continuum serait sans doute plus adapté et plus respectueux de la notion de gradient social. Mais elle présente l'avantage d'accentuer les positions et surtout d'être utilisée par les médecins. L'appellation de « pauvres » et de « riches » ne fait d'ailleurs pas tant référence à une dimension monétaire qu'à l'élévation du niveau socio-culturel. Nous sortirons ensuite de cette hiérarchie dichotomique pour mettre en évidence d'autres éléments sociaux influençant cette relation.

Les pauvres

Les éléments sont souvent discordants à l'intérieur d'un même entretien, reflétant le malaise face à ces questions sociales. Par exemple, Bruno répond qu'il n'y a « pas de règle » concernant la difficulté d'une consultation entre des catégories socioprofessionnelles hautes ou basses : « il y a des cons partout et des gens intéressants partout ». Il est même « intimement convaincu que dans la relation ça ne joue pas », ce n'est ni plus facile, ni plus difficile et ni plus agréable, ni plus désagréable. Cependant si l'on pose la question non pas en termes de comparaison, mais seulement sur l'éventuelle difficulté de suivre des

patients avec des problèmes sociaux la réponse est différente. Non seulement la réponse est affirmative, c'est plus difficile, mais quand je demande à quel niveau il me répond :

« Je crois que c'est plus difficile... dans le relationnel, déjà. Parce que je pense que c'est des gens qui sont en difficulté, qui sont en souffrance, qui sont... et qui n'ont pas une stabilité entre guillemets. Donc déjà, quand vous avez des patients comme ça en face de vous, ben c'est moins simple que quelqu'un qui est à l'aise dans ses baskets. Euh... Je crois que médicalement, pour soigner ces gens-là, c'est encore plus difficile parce que je pense qu'ils sont moins compliants. Donc, oui, je pense que c'est beaucoup plus difficile. »

Ainsi, de même que la question des inégalités sociales de santé a d'abord été présentée comme dichotomique, séparant les pauvres des autres, on peut se poser la question d'une relation spécifique avec les plus exclus, laissant de côté la grande majorité de la population. Nous avons déjà évoqué que, dans les discours, le social renvoie vers les problèmes sociaux, définissant une population d'exclus, les « cas-sociaux ». Dans le détail des pratiques, il semble que les relations soient, là aussi, plus complexes qu'il n'y paraît.

Il existe, selon les médecins, une adaptation nécessaire du langage visant à se faire comprendre des personnes avec un faible niveau culturel, en plus des problèmes de langues spécifiques à certaines populations immigrées. La consultation « peut être aussi plus difficile chez les gens qui sont plus élémentaires et où votre discours va pas passer », nous dit Bruno. Avec ces personnes, le médecin aura alors « plus de mal à faire passer un message ». De même, Paul trouve certaines consultations moins agréables que d'autres en fonction des capacités intellectuelles du patient. Il l'explicite à travers les conseils qu'il peut ou non donner sur la cigarette électronique. Sa position sur le sujet est que malgré l'incertitude actuelle sur les avantages ou les risques de ce nouvel objet, il a l'impression que c'est toujours mieux que de fumer du tabac. Le message est cependant parfois difficile à faire passer, et il s'en abstient parfois :

« Alors, il y a des gens, vous pouvez le dire : “Il nous semble que c'est moins mal”. Parce qu'ils ont entendu : “Il nous semble que c'est moins mal” [en détachant les syllabes]. Et puis il y a des gens, vous pouvez pas le dire parce qu'ils entendent pas ça, parce qu'ils vous écoutent pas.

— Alors qu'est-ce que vous faites dans ces cas-là ?

— Je dis pas, je dis rien. Je dis : “Je sais pas”.

— D'accord. Ça dépend de quoi ?

— Ben... du contexte intellectuel du patient. On a vite fait le tour, quand même, quand le patient vous le connaissez quand même depuis 10 ou 15 ans...

— Et c'est quoi qui est le plus facile du coup ? De dire : "On sait pas" ou d'expliquer ?

— Ah ben si quelqu'un il a déjà quand même... il a un peu de jugeote c'est quand même plus facile de lui dire : "On sait pas trop. Vous ça vous arrange, mais sachez que..."

[...]

— Et vous trouvez ça plus agréable d'expliquer pourquoi ?

— Ben oui. »

Expliquer est un plaisir pour Paul : prendre un papier et un crayon, faire des schémas. Et pourtant, le « contexte intellectuel du patient » l'en empêche parfois. Le degré d'explication varie avec le niveau d'éducation, dont on sait qu'il est en bonne partie lié avec le niveau socio-économique.

La communication étant un échange, la distance sociale menant à un manque de compréhension peut aller dans les deux sens. Le médecin peut aussi avoir l'impression de ne pas comprendre le patient. Magali me parle ainsi d'un patient de 42 ans, travaillant dans les espaces verts. Elle commence par m'expliquer que c'est lui qui ne comprend pas bien :

« Je crois qu'il captait pas tout. Il est un peu... il est un peu ramollo. (rigole) » « Un peu la grande baraque, un peu benêt et un peu stressé. Tu sais, dès qu'il a des petites piques, là : "au secours", quoi. »

Et continue avec son désarroi personnel :

« Je savais pas ce qu'il imaginait, ce qu'il pouvait imaginer dans... Quand il allait voir le spécialiste, parce qu'il était suivi pour ses genoux. Il était sans arrêt en arrêt maladie parce que... il passait ses trucs en maladie professionnelle, il avait un truc aux genoux, un truc euh... Et, des fois je savais pas trop s'il faisait exprès, s'il manipulait. J'étais peut-être... un peu méfiante avec lui. Si tu veux, j'étais pas mécontente qu'il déménage après, il m'a pas manqué. »

Comme cela a déjà été dit, ce manque de compréhension peut se transformer ou participer à créer un climat de méfiance et de perte de confiance, nuisible pour ce qui est de la relation.

Du fait de ces constats, on retrouve plus fréquemment parmi ces patients des consultations plus asymétriques, au cours desquelles le patient est davantage passif et le médecin plus directif. Une étude d'observation, effectuée dans le cadre de ma thèse de

médecine, m'avait conduit à des conclusions similaires (Birouste 2009). Les patients des catégories socioprofessionnelles les plus basses font preuve d'une moindre activité au cours de la consultation. Les descriptions spontanées sont moins fréquentes, les réponses aux questions du médecin sont plus courtes. Quant au médecin, il délaisse lui aussi le dialogue et la coopération, posant peu de questions ouvertes, préférant celles fermées qui engagent moins à la discussion. Il affirme plus fréquemment les traitements qu'il prescrit, au détriment de la proposition, et les explique moins souvent au patient. En partie de ce fait, on trouve des consultations plus courtes que la moyenne, chose déjà décrite par ailleurs (Breuil-Genier et Goffette 2006). Cette question des consultations plus courtes est considérée comme un avantage par de nombreux médecins. On peut l'expliquer notamment, comme déjà évoqué, par l'organisation des soins sur un mode libéral de paiement à l'acte.

Du point de vue du médecin, il peut exister certains avantages à cette configuration et amener des consultations plus faciles, demandant un moindre investissement. Arnaud considère ces patients plus intéressants, car « plus sensibles, perméables ». Ils lui permettent d'avoir l'attitude paternaliste qu'il affectionne. Et, bénéfice secondaire, les consultations sont plus courtes, ce qui convient bien à son goût des consultations sans rendez-vous, elles-mêmes plus fréquemment utilisés par les catégories sociales basses (Birouste 2009). Bruno dit préférer des fois « soigner en bas qu'en haut » de l'échelle sociale et il donne pour explication une « intelligence peut-être un peu plus amoindrie » qui va permettre « beaucoup plus de simplicité, beaucoup plus de franchise, c'est beaucoup plus direct ». Il considère qu'il y a moins de manipulation et de dissimulation.

Ce « manque » d'éducation, sur le plan sanitaire et général, peut conduire le médecin à être moins exigeant pour ces patients, par un phénomène d'anticipation des comportements (Intermède 2008). C'est en tout cas la réponse de Bruno à savoir ce qu'on fait de ce genre de découverte, ici dans le cadre d'une visite à domicile :

« Ça permet peut-être de... un peu mieux voir les patients et peut-être de s'adapter aussi à ce niveau-là dans la relation médicale, d'avoir des exigences certainement qui sont moins importantes que ce qu'on pourrait avoir avec d'autres personnes sur le plan d'exigences de... je sais pas de diététique, d'hygiène, de prise en charge psychologique, de... Voilà. Où on sait que... il y a des terrains où on va... où il sera inutile d'aller puisque ce sera voué à l'échec, ce sera pas... il y aura pas de réceptivité quoi »

Et c'est également ce qu'affirme Arnaud quant au fait de savoir s'il est plus indulgent avec les personnes ayant des problèmes sociaux : « Oui. Ah oui, c'est évident. Je leur pardonne beaucoup de choses, parce que je suis là pour les éduquer. Je me dis qu'ils ne sont pas capables de... c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas. » Et il prend plus tard l'exemple du manque d'organisation qui peut amener certains patients à avoir des demandes abusives, certaines exigences bousculant le cadre habituel de la relation de soin. Il explique ainsi qu'il a eu dans la journée une demande de certificat d'arrêt de travail qui ne lui semblait pas assez fondée mais qu'il a pourtant acceptée parce que « le défavorisé ne sait pas s'organiser. Donc à un moment donné, il a les enfants à charge, il a pas su organiser la visite à l'ANPE ». Ainsi d'une moindre exigence, on peut passer à une certaine indulgence, voire à des avantages que d'autres catégories sociales plus favorisées ne pourraient pas obtenir. On peut expliquer une partie de cette indulgence par une vision charitable, liée à la compassion et au mérite, déjà évoquée pour les questions de paiement de la consultation.

Les mêmes médecins ne tolèrent pas tous les comportements aussi bien tolérés. Ainsi, on peut reprendre l'exemple précédemment utilisé de la patiente l'ayant abordé afin de discuter de radiographies en dehors des heures de consultation. Celle-ci ne travaillant pas, il a jugé inadéquat le fait qu'elle ne mette pas son temps disponible pour venir au cabinet, et il le lui a bien fait remarquer en lui répondant : « C'est des choses que je peux éventuellement faire pour des gens qui bossent, qui ont 5 minutes entre midi et deux ». Similairement, Bruno donne deux exemples de patients, dont le premier, un « parasite », a déjà été mentionné du fait de sa surconsommation de soins. Ce dernier, dont le cas « relevait du psychisme », ne voulait pas admettre « qu'il n'y avait pas d'organicité et que c'était dans sa tête ». Et il conclut à son propos : « à un moment ses exigences ont été supérieures à ses devoirs et il est passé dehors ». Il est en effet décrit par Dominique Memmi des comportements tendant au « rapport de force » avec les soignants parmi les classes populaires, mais une confrontation qui n'est pas frontale et passe plutôt par des « évitements et des ruses », liée au fait que ces patients sont « singulièrement mal adaptés au dispositif, et parfois radicalement » (Memmi 2003, p. 244-245). Cette description ne concerne pas la médecine générale mais un milieu hospitalier particulier puisque l'étude s'organise autour de la naissance et de la mort. Il n'y a cependant pas de raison de penser qu'il en va autrement dans notre cadre de recherche et les exemples rapportés vont plutôt dans ce sens. C'est également ce que j'ai observé dans mon travail de thèse de médecine,

avec des patients qui sont plus à l'origine de refus face aux recommandations du médecin, ce dernier rejetant aussi plus fréquemment leurs demandes.

Il semblerait ainsi que les patients des classes plus populaires soient plus fréquemment dans une relation d'autorité avec les médecins. Plusieurs possibilités s'ouvrent alors. Dans un premier cas, ils adoptent une position passive de soumission, proche de la relation « activité-passivité » qui peut tout à fait convenir à certains médecins du fait des facilités que cela engendre en termes de temps et d'effort. Dans un deuxième cas, la distance sociale est telle entre les acteurs qu'il n'existe pas de véritable compréhension entre eux, engendrant de la frustration pour le médecin. Le dernier cas est celui de la confrontation entre deux mondes, passant parfois par la revendication d'un « droit » par les patients, et aboutissant à bousculer l'autorité du médecin. Dans tous les cas, il existe une acceptation ou un refus du patient vis-à-vis des propositions du médecin, mais peu de négociations de celles-ci.

Les riches

À l'inverse de ce qui a été décrit pour les patients avec un faible niveau d'éducation, les médecins considèrent plus facile de faire passer certains messages aux catégories supérieures. C'est ce qui transparait dans les propos de Paul concernant le lien entre niveau de compréhension et catégorie sociale. Parmi sa patientèle, il distingue trois catégories : « les anciens » du quartier, qui sont plus âgés et se sont installés à un moment où le quartier n'était pas aussi populaire, « les jeunes de 0-20 ans » et « les immigrés ». Ce sont les premiers, les plus favorisés de sa patientèle, qui ont la plus grande culture médicale. Et ce sont les mêmes avec lesquels c'est le plus facile de se faire comprendre. C'est également l'avis de Bruno et on peut voir, comme en miroir, l'inverse de ce qu'il disait à propos des patients avec un faible niveau socio-culturel : « plus haut, vous aurez pas de mal à faire passer le message ». Cela s'explique du fait d'une meilleure compréhension, d'un vocabulaire plus proche de celui du médecin comme nous l'avons évoqué avec les travaux de Luc Boltanski (1971). Cela contribue à une relation avec davantage d'échanges. Les patients sont plus actifs, décrivant plus spontanément les motifs de venue et répondant de manière plus longue. Le médecin fournit de son côté plus d'explications, proposant plus qu'il n'impose (Birouste 2009). On retrouve ainsi les modèles de relation médecin-patient de type « guidance-coopération » et « participation mutuelle » où le patient discute plus avec le médecin, rendant les consultations plus longues.

Mais à l'inverse aussi, il a été dit par Bruno que dans les catégories inférieures le médecin aura « plus d'impact, on pourra plus facilement imposer un avis ou être dirigiste, alors que chez certaines personnes il faudra quand même être... plus composer, plus enrober... mettre le turban autour du médicament, avec le petit nœud quoi ». De plus alors que les gens du peuple avait pour eux « plus de simplicité et plus de franchise », l'intelligence des classes aisées peut aussi être utilisée

« pour enrôler, pour dissimuler, pour contourner, pour manipuler, voilà... Quand l'intelligence est utilisée comme ça, c'est toujours très... Moi c'est quelque chose que je trouve assez désagréable. Et ça, bien sûr, on le voit un peu plus chez les gens qui ont un certain niveau intellectuel. Voilà. Ou la manipulation dans l'échange, dans la conversation. »

Pour Arnaud aussi, si un moindre niveau social pouvait conduire à plus d'indulgence face à certaines demandes considérées comme abusives,

« en revanche quand des gens qui ont une retraite de 3 ou 4 000 euros et qui, parce qu'il y a un souci de famille, me demandent de faire un certificat de complaisance pour attester qu'ils sont malades et qu'ils pourront pas aller à tel voyage et que comme ça l'assurance va jouer pour... Non. Non, il y a des moments où ça c'est mal passé parce que voilà... »

Les catégories sociales les plus éduquées peuvent donc aussi poser problème au médecin, mais pas pour les mêmes actes. Nous l'avons vu, les connaissances médicales des patients ne sont pas toujours appréciées par les praticiens de par certaines remises en causes et une certaine concurrence jugée désagréable. Ceci est bien plus fréquent dans les catégories les plus aisées. Plus que l'aspect financier, c'est le rapport à la connaissance qui va jouer ici, et le métier archétypal en ce sens est celui d'enseignant. Il est troublant de constater à quel point ce groupe social est spontanément présenté par de nombreux médecins comme leur posant problème, aspect confirmé par les autres quand on leur pose la question. Ainsi, Arnaud qui considère les patients avec une faible éducation comme « plus sensibles et perméables » continue ensuite sa phrase : « À l'opposé, j'espère que vous êtes pas... enfin, maintenant vous devenez à moitié enseignant... excusez-moi... Mais à l'opposé j'ai les enseignants ». Et quand je lui demande plus d'explications, il s'épanche :

« Ah bien sûr, ils savent tout mieux que vous. Hein bon, dans neuf cas sur dix, après j'ai des enseignants super qui sont mes anciens profs, alors on se tutoie ou on se vouvoie, et voilà. Il y a des exceptions qui confirment la règle. Mais sinon, au jour d'aujourd'hui, les emmerdeurs, ceux qui vont s'opposer aux vaccins, ceux qui auront regardé sur internet,

qui vont chipoter sur chaque ordonnance pour tel, et tel, et tel, ou tel effet indésirable, ce sont les enseignants.

— C'est avec eux que c'est le plus difficile, finalement.

— Ah oui... Et d'ailleurs, et d'ailleurs, bon, je discute énormément avec beaucoup de mes patients de leur métier et tout ça. [...] Et donc, il y a beaucoup de professions qui me parlent des enseignants et qui me disent que c'est leur cauchemar. Les archi, les plombiers, les maçons : c'est catastrophique. »

Ce constat, qui dépasserait donc la seule profession médicale, amène à plusieurs remarques. Tout d'abord, Arnaud tempère son propos assez définitif par des éléments biographiques : ceux qu'il connaît, ce n'est pas pareil. Nous y reviendrons un peu plus tard. On retrouve ensuite la question de la place du savoir, à la fois dans la remise en cause du savoir scientifique de la médecine avec les vaccins, mais aussi dans les connaissances propres du patient. D'autres métiers posent problème aux médecins du point de vue de leurs connaissances médicales, il s'agit des autres professions de santé, en particulier les infirmières³³. Quand Paul qualifiait précédemment certains individus de « gros pinailleurs », c'est surtout de ces deux catégories dont il parlait :

« Le Professeur D., [...] quand j'étais dans ses stages, il nous disait : "Trois professions à éviter : la MGEN – c'est des enseignants –, les journalistes, et les paramédicaux." Parce qu'ils sont casse-pieds : "Et pourquoi ci ? et pourquoi ça ?", ils savent tout... et ils veulent savoir pourquoi... et toujours des questions... »

Plusieurs autres médecins soutiennent les mêmes idées, par exemple Carine qui explique que les patients qui discutent les ordonnances sont « les instituteurs et les institutrices » et « les infirmières ». Arnaud, à propos d'un autre patient, toujours enseignant, illustre le fait que cette connaissance perturbe la direction de la relation, à tel point qu'il est obligé de clarifier la place de chacun en rappelant « qu'on est pas en classe ». Concrètement, si le professeur bénéficie légitimement d'une autorité auprès de ses étudiants, dans un cabinet médical c'est le médecin qui devrait en jouir.

Si la proximité avec le savoir est en grande partie focalisée par les enseignants et les infirmières, ce ne sont pas les seuls à bousculer l'asymétrie revendiquée par les professionnels. Plusieurs exemples de ces situations concernent des catégories sociales aisées. Alors que les revendications des patients plus populaires s'abritent souvent derrière le droit, les confrontations sont souvent plus frontales avec les plus aisés, comme l'a

³³ Là encore, comme pour les assistantes sociales, l'emploi du genre féminin est dicté par l'emploi exclusif de celui-ci au cours des entretiens.

également décrit Dominique Memmi (2003, p. 242). Bruno donne l'exemple d'un patient « qui acceptait mal les contraintes » et qui « acceptait pas de pas aller bien, sans rien changer les choses, [...] qu'on le bouscule dans ses habitudes ». Ce dernier est décrit par le médecin comme ayant un « tissu social assez élevé », il « manipulait dans le fric, il avait fait x blanchisseries ». Nicolas estime quant à lui que les patients qui sont dans la confrontation sont « plutôt des personnes âgées, qui ont du moyen, qui ont une vie certainement avec des déceptions et puis faut pas leur en ramener quoi ». À un autre moment, il donne l'exemple d'une patiente venue le voir pour un renouvellement d'ordonnance de sa pilule contraceptive. Elle ne souhaitait pas avoir une consultation complète (juste l'ordonnance « entre deux patients ») et ne comptait donc pas payer, ce à quoi Nicolas s'est opposé puisqu'il ne l'avait pas vu depuis deux ans. Pensant à un problème financier, il lui a proposé un arrangement sur ce plan, ce qui a visiblement contrarié fortement la patiente. Elle a en effet fait remonter l'affaire au Conseil de l'ordre des médecins, notamment sur ce dernier point. Pour s'offusquer d'une proposition d'arrangement financier, on peut imaginer que cette patiente n'était pas dans le besoin, d'autant plus que c'est aussi l'avis du médecin à en juger par son apparence.

Parcours de vie

En plus de ces éléments de hiérarchie sociale, des « affinités » (pour reprendre le terme de Bruno) sont décrites avec certains patients, qui renvoient à des éléments biographiques des deux acteurs. Il existe parfois des points communs entre patient et médecin, éléments qui vont servir de base à une relation de confiance. Un bon exemple est celui de Simone qui explicite cette idée à deux moments, liés à sa double caractéristique d'être catholique revendiquée et noire de peau :

« Il y a une fille qui vient me voir. Elle a 35 ans. Et euh... je lui fais un examen, tout ça. Du coup on parlait, et puis je lui dis : “Vous avez jamais eu de rapport sexuel ?”, elle me dit non. Et elle m'a dit... Je sais qu'elle m'a dit parce qu'elle a vu ça [Simone me montre une photo du pape, derrière elle], je suis sûre. Elle m'a dit : “Non, je suis vierge parce que je suis chrétienne”. Elle me l'a dit parce qu'elle savait. Je suis sûre qu'elle s'est sentie plus à l'aise... parce que dire, à 35 ans, ne jamais avoir eu de rapport sexuel parce qu'on est chrétien, enfin... »

Elle continue ensuite, toujours en parlant du fait d'être catholique, et je continue sur la couleur de peau :

« Je pense que de savoir qu'ils vont être chez quelqu'un qui pense un peu... comme eux sur différents trucs, sur la façon de fonctionner dans la vie, sur des critères, sur des valeurs c'est le cas de le dire. Je pense qu'ils sont plus à l'aise.

— Mais sur le côté de la couleur de peau, en fait non, nous n'avez pas du tout remarqué la même similitude ?

— Ah si, si. Je pense que... un noir qui va entrer ici... va être surpris, et va être plus à l'aise. »

Elle insiste à chaque fois pour préciser que c'est le patient qui va se sentir plus à l'aise mais que, de son côté, cela ne changera absolument rien à son comportement, renvoyant ainsi à la « neutralité affective » nécessaire à l'activité professionnelle du médecin décrite par Parsons. On peut évidemment douter de la réalité de cette neutralité, mais, que ce soit vrai ou non, cela ne change rien au fait que l'interaction se modifie même si un seul des deux protagonistes change. Cet exemple est le plus flagrant et il s'agit de points communs "affichés", parfois il faut un peu plus de temps pour découvrir des liens insoupçonnés. Ainsi, Danièle est née et a vécu au Maroc, bien que cela ne m'ait pas sauté aux yeux au premier abord, pas plus qu'à certains patients originaires du Maghreb : « Je comprends un peu l'arabe, c'est-à-dire que quand ils ne parlent que arabe... et qu'ils parlent entre eux, je leur montre que je comprends ». Et elle ajoute : « Ils aiment bien. Ils aiment bien quand je leur dis que je suis née au Maroc, ça leur plaît. [...] Ils aiment qu'on s'intéresse à ce qu'ils font ». Et même si elle dit, elle-aussi, qu'elle ne « croit pas que ça aide beaucoup », on peut penser que cela participe d'une relation de confiance, puisqu'elle me dit à cette occasion qu'un patient marocain, noir vient de loin pour la voir.

D'autres points communs peuvent être liés à des goûts similaires. Lorsque Bruno explique qu'il a déjà été agréablement surpris par l'aménagement « de bon goût » du domicile de certains patients, et que je lui demande si on en fait quelque chose, il me répond que « ça ouvre aux discussions, ça ouvre des portes ». Paul raconte aussi une anecdote révélatrice, à laquelle il ne s'attendait apparemment pas puisqu'il en parle comme d'une découverte faite « avec grand plaisir », amenant à une discussion sur ces similitudes et leur intérêt dans une relation médecin-malade :

« On discutait comme ça. On parlait surtout de sa maladie, de son problème, de tout ça. [...] Et il avait une revue, roulée dans ses mains. Et puis comme ça je lui dis : "Qu'est-ce que vous lisez, là ?", et il me dit "Ciel et espace", je sais pas si vous connaissez ?

— Oui, enfin, je vois ce que c'est, je connais pas...

— Alors je lui dis : “Vous lisez Ciel et espace ?”, il me dit : “Ouais, je suis passionné de ça”, “C’est pas vrai”. Et puis, moi aussi, j’aime. “Putain”. Du coup, ça transforme une relation.

— Qu’est-ce que c’est qui se transforme, alors, dites-moi ?

— Ben euh... Vous savez que vous allez pouvoir lui parler de choses euh... sur son traitement, sur sa vie, où il va quand même percuter un peu plus. Parce qu’il est quand même plus ouvert. »

Enfin, quand je demande à Nicolas s’il existe des similitudes entre un médecin et ses patients, il me répond qu’il « pense qu’il peut y avoir une similitude d’ouverture d’esprit », mais quand je lui demande d’expliquer ce qu’il entend par là, il change un peu son propos : « Non, je voulais pas dire ça en fait. Il y a une simili... il y a une possibilité d’accès à l’autre. Plus la possibilité d’accès à l’autre sera importante, plus la clientèle sera large et variée ». Et il donne l’exemple du peu de sportifs qu’il a dans sa patientèle du fait d’une certaine aversion pour leur « espèce de centrage narcissique sur le corps ». Ainsi, le parcours de vie d’un médecin lui permet de s’ouvrir, ou non, à certains aspects de ses patients et à renforcer le lien avec eux.

Inversement, certaines expériences biographiques du médecin ou du patient peuvent amener à une mauvaise relation, du fait des valeurs des uns ou des autres. On retrouve ainsi un certain nombre de jugements moraux qu’ont les médecins sur leurs patients, dont nous avons déjà parlé précédemment. Il me semble cependant important de revenir sur quelques exemples qui montrent en quoi cela modifie la relation de soin. Par exemple, Elisabeth :

« J’ai un patient que je n’aime pas.

— Racontez-moi, alors.

— Ben je l’aime pas. J’aime rien de... ni de sa pathologie, ni de sa manière de concevoir la vie. Euh... j’aime rien de lui, quand je l’ai en face de moi je me dis : fais attention, faut que tu le traites bien.

— Qu’est-ce que vous pouvez m’en dire justement de ce patient ? De sa conception de la vie, de sa pathologie, sans me dire son nom évidemment.

— Alors, il a exactement mon âge. Euh... il est toujours en demande. Euh... il a toujours droit à tout et il a rien eu. Il a beaucoup de pathologies mais il les a bien cherchées, il a tellement fumé, bu et autres que... Il estime qu’il a des... enfin, il a des problèmes financiers, mais il les a cherchés et il les a trouvés.

— Il les a cherchés, c'est-à-dire ?

— Euh... Il s'est retrouvé en invalidité mais parce que... parce qu'il a tellement bu qu'il a perdu son emploi pour ça.

— Qu'est-ce qu'il faisait comme travail ?

— Il était moniteur d'auto-école. Ce qui est quand même un problème.

— Ce qui n'est par forcément compatible avec la conduite, oui.

— Voilà, exactement. Quand il est dans ma salle d'attente, je l'entends. Je l'entends tousser, je reconnais sa toux. »

Danièle insiste quant à elle sur certains patients dont elle dit qu'ils « ne sont plus humains » dans le sens où il n'y a plus de respect de l'autre, que ce soit le médecin, ou les proches :

« C'est les patients qui ont perdu toute notion de... de qu'est-ce que c'est une relation équilibrée avec quelqu'un. Que ce soit avec le facteur, le voisin, avec ses enfants, avec ses petits-enfants. Donc ce sont des gens qui ont... Alors moi, je leur jette pas la pierre, hein. C'est pas ça que je veux dire. Je pense que ce sont des personnes qui ont eu de gros gros problèmes dans leur vie et qui, par la souffrance, en sont arrivées à un point où... plus rien ne les intéresse. Ça veut dire qu'il n'y a que leur petite personne qui les intéresse, et que... être polie, sourire, dire bonjour à une personne du voisinage ou quoi... ça y est, c'est fini. On peut même plus accorder un peu de temps à ça. »

Et elle donne l'exemple d'une patiente devenue « aigrie » à force de souffrance et qui lui renvoie des critiques alors même qu'elle fait des efforts pour l'aider et lui paraître agréable. Ces consultations sont alors considérées comme difficiles par le médecin.

On voit ainsi que les éléments biographiques du médecin comme du patient jouent un rôle important dans la relation. Ceci fait dire à Nicolas que, pour bien s'adapter à tous les patients, « il faut divorcer deux fois et avoir pris quelques coups dans la vie, ça aide ». Il existerait une certaine adéquation entre un médecin et ses patients, qui peut amener le premier à demander à ce que la relation cesse, comme nous l'avons, ou à refuser certains types de patients, comme le fait Danièle avec les toxicomanes. Cette attitude est perçue différemment par les médecins : Arnaud rappelle que c'est un « droit », alors que certains, comme Paul, se targuent de ne pas faire de « tri ». Cependant, même si c'était le cas, il paraît plausible que les patients aussi choisissent de rester avec leur médecin pour des raisons similaires. Carine émet cette hypothèse quand je lui demande si elle a des patients plus difficiles que les autres : « de moins en moins parce que de toute façon, ces gens-là, ils

restent pas. Vous sentez bien que vous êtes pas le médecin qu'il leur faut ». C'est aussi l'avis de Nicolas qui décrit une certaine complémentarité : « Un médecin qui n'aime pas trop tchatcher, va avoir des demandes de patients qui n'aiment pas parler. Qui d'ailleurs demandent à ne pas parler. Faut pas se tromper là-dessus. Un médecin qui ne parle pas, c'est pas une faute. » Plus que le terme de ressemblance qui ne lui plaît pas trop, il préfère dire qu'il y a « des attentes qui se complètent ».

Ce constat peut être vu comme un élément positif, puisque médecins et patients se choisissent l'un l'autre afin d'instaurer une relation de confiance. Mais on peut penser que, comme cela a été décrit pour les campagnes de prévention, les avantages de ce choix profitent plus aux catégories supérieures qu'aux catégories plus démunies.

Portraits du bon et du mauvais patient

Les descriptions précédentes nous amènent à penser qu'il existe de bons et de mauvais malades. Si l'on récapitule les différents éléments abordés, on devrait observer chez le bon patient : un individu qui entre dans le cadre organisationnel proposé par le médecin sans le remettre en question ; qui bénéficie d'une certaine culture pour comprendre le médecin et répondre à ses questions de façon pertinente ; ce qui permet une relation médecin-patient active ; mais sans contestation ou concurrence avec le savoir du médecin ; et cerise sur le gâteau ce malade ne serait pas trop malade et sans problèmes sociaux. Le mauvais malade pouvant être décrits en miroir.

On peut résumer ceci, de façon bien plus plaisante que je ne pourrais le faire d'un point de vue littéraire, par les deux portraits dépeints dans un billet de blog³⁴ par Jaddo (2009), jeune médecin généraliste remplaçante de 28 ans :

« Le bon malade est poli. Il arrive à l'heure à son rendez-vous, il me dit bonjour Docteur avec un D majuscule. Il a mal avec le sourire, il affronte sa maladie le dos droit. Il m'écoute avec des grandes oreilles, il hoche la tête et il me fait des compliments sur ma façon d'expliquer les choses. Il pose des questions auxquelles je sais répondre, et il comprend les réponses. Il sait bien que je ne suis pas une fée, il me donne du Docteur à chaque coin de phrase et il m'écoute en silence. Il ne se plaint pas. Il est reconnaissant du peu que je fais pour lui, il accepte les examens, il accepte les incertitudes. Quand je lui

³⁴ Plusieurs billets de ce blog, dont celui-ci, ont été publiés récemment (Jaddo 2011).

propose un traitement, ça marche bien. Il n'a pas d'effets secondaires et le traitement fonctionne. Ou, si ça ne fonctionne pas, il me le cache parce qu'il sait qu'il me doit bien ça. Le bon malade guérit. Il a une maladie bien propre, bien carrée, que je comprends et que je connais, et pour laquelle j'ai des médicaments qui marchent dans mes tiroirs à médicaments. »

« La mauvaise malade débarque à 19h sans rendez-vous, avec ses yeux de cocker battu et sa souffrance qui empeste ma salle d'attente. Elle a huit maladies graves en même temps qui se battent pour savoir qui aura raison de ce corps chétif, elle est idiote, elle me fixe de ses yeux hagards et elle se fait frapper par son fils. Elle n'a pas pris les médicaments parce qu'elle n'avait pas de sous, elle n'a pas le compte-rendu de l'hôpital de sa dernière hospitalisation, elle ne comprend rien et elle a mal partout. Elle ne pose pas de questions parce qu'elle est trop bête pour en poser, elle ne sait pas répondre aux miennes, elle est sale et elle a les dents grises, elle boite sans que je sache pourquoi, avec sa béquille qu'aucun des antécédents notés dans les jolies cases de son dossier ne justifie. »

« Et alors que je suis capable de passer 35 minutes avec une jeune fille belle et enceinte, je raccourcis tout ce que je peux la consultation avec elle. Je botte en touche, j'envoie au diabéto, j'envoie au cardio, j'envoie au centre anti-douleur. Je lui parle mal, je l'engueule parce qu'elle devrait bien savoir que le vendredi c'est sur rendez-vous, je secoue la tête en soupirant quand elle ne sait plus quel médicament on lui a donné à l'hôpital, je rédige la lettre pour le diabéto en quatre longues minutes de silence. Je ne souris pas, jamais. Je ne demande pas si son fils a arrêté de la cogner parce que j'ai trop peur de la réponse. »

Ces conceptions, nous dit Jaddo, ne sont pas sans effets sur son attitude et sa pratique vis-à-vis de chacun d'eux. On peut ajouter à cela que ces bons et mauvais patients peuvent être en partie différenciés par leur origine sociale. Le bon patient appartiendrait plutôt à une classe moyenne, respectant le médecin dans son statut social, donnant de l'importance à sa santé et ayant une certaine culture mais sans concurrencer le médecin. Le mauvais patient appartiendrait plutôt à une classe sociale basse, avec un faible niveau culturel et une mauvaise adaptation au système de soin proposé par le médecin, mais il pourrait aussi faire partie de classes sociales plus élevées, en tout cas suffisamment pour remettre en cause le savoir et la place du médecin.

Dans sa pratique, le médecin aime à recevoir le premier, avec qui il passe plus de temps puisque c'est agréable. Il explique plus volontiers ce qu'il fait et cherche la compréhension

et l'adhésion du patient. Il lui arrive aussi plus fréquemment de discuter de choses non-médicales et de plaisanter. Avec le second, le médecin cherche à abrégé une consultation qui n'est pas agréable. Il explique moins et a plus tendance à affirmer son point de vue à un patient qui participe peu. Il reste dans une démarche la plus neutre et distante possible, que l'on pourrait qualifier de façon ambiguë de scientifique et professionnelle : il fait le strict minimum et ne cherche pas à entrer dans la logique du don décrite par Paul Fustier. On pourrait dire, en reprenant le terme qu'Alain utilise pour qualifier les mauvaises pratiques de confrères vis-à-vis des gitans, qu'il fait une médecine « vétérinaire ».

Nous avons beaucoup fait varier jusque-là les caractéristiques du patient pour les comparer aux attentes des médecins en général. Mais nous avons aussi aperçu que ces attentes ne sont pas toujours les mêmes d'un médecin à l'autre. Du point de vue de ce dernier, il existe des variations inter-individuelles et intra-individuelles. Les niveaux d'exigence et de tolérance varient selon le médecin considéré et pour chaque médecin selon le patient considéré.

3. LE MÉDECIN DANS SON MONDE

La construction d'un monde

D'un côté, nous avons donc des patients des catégories inférieures qui comprennent moins bien et sont donc de ce fait parfois moins observants. Mais ceci permet au médecin d'abonder dans une relation plus paternaliste qui peut être assez reposante et convenir parfaitement à certains comme Arnaud qui revendique cette attitude comme plus efficace. Ces mêmes patients peuvent être aussi agaçants de par leurs problèmes sociaux compliquant la prise en charge par le médecin, et pouvant mener à certains échecs mais aussi de par la revendication de certains droits. À l'autre bout, il existe des patients qui affirment leur savoir, mettent en doute le bien fondé de celui des médecins et agacent eux-aussi les médecins par leur questionnement et leur manière frontale de bousculer leur manière de faire. Mais certains des médecins conviennent que cette attitude proactive est bénéfique pour de meilleurs résultats. Entre ces deux extrêmes, existe-t-il un juste milieu qui serait idéal ? Si l'on en croit Dominique Memmi, « tout se passe [...] comme si le dispositif idéal venait plutôt flatter, dans la masse des patients, la "culture somatique" propre aux classes moyennes » (Memmi 2003, p. 257). Je ne suis pas loin d'arriver aux mêmes conclusions mais j'apporterai une nuance.

Ce juste milieu, plus qu'une cible absolue qui serait les classes moyennes, me semble comporter une part relative correspondant à la singularité du médecin. Autrement dit, à chaque médecin sa normalité. Ainsi, je dirais plutôt que tout se passe comme si le médecin ne pouvait (bien) soigner que son semblable. Quand je pose la question à Carine de savoir avec quels patients les consultations sont les plus faciles, elle répond :

« Le patient... le patient qui correspond à mon image, on va dire. [...] Qui a compris, qui a un peu intégré la médecine comme je la vois, moi, maintenant aujourd'hui quoi : pas la peine d'avoir vingt médicaments sur l'ordonnance... Qui sait que les médicaments c'est bien mais qu'il faut pas en abuser, que ça peut avoir des effets indésirables, que... il y a pas que ça qui rentre dans la prise en charge de la maladie ».

Ce juste milieu et son contenu dépendent de la biographie propre à chaque médecin.

Bien sûr, une partie de la socialisation est commune du fait en particulier des études, amenant à certains traits communs. Mais ces études mêmes, varient dans le temps et dans

l'espace, entraînant des différences au sein de ce socle commun. Un autre point qui peut être commun est l'origine sociale des médecins. On le sait, cette dernière est l'objet d'une reproduction comme l'ont si bien montré Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron (1970). Encore actuellement, 41 % des effectifs étudiants en santé sont issus de familles de professionnels libéraux ou de cadres supérieurs, contre par exemple 5,9 % d'ouvriers ou 1,6 % d'agriculteurs (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance 2013). Mais si nous sommes construits par les institutions, chacun de nous est confronté à de multiples d'entre elles expliquant la singularité de chaque personne. « La pluralité des institutions objectivement en concurrence pour forger les individus conformément à leurs objectifs contribue, au final, à orienter les destinées de façon relativement inattendue » (Lahire 2013). On peut donc autant expliquer des traits communs à une profession que certaines singularités à partir des expériences de socialisation de chacun.

Ces visions du monde agissent ensuite sur les représentations et les actions des médecins. Cette transmission vers les pratiques professionnelles est d'autant plus facilitée par l'aspect prudentiel de la profession, fortement marquée par la singularité des situations, des patients, mais aussi des médecins et de leur expérience. Pour reprendre une fois encore les mots de Carlo Ginzburg, « la connaissance individualisante est toujours anthropocentrique, ethnocentrique et ainsi spécifiée » (Ginzburg 1980, p. 20). Dans l'activité médicale, une référence réside certes dans la science universalisante et surplombante, mais la subjectivité et les valeurs du médecin jouent tout autant, à mettre en confrontation avec celles du patient qui a plus ou moins la capacité de les affirmer. En parlant de la décision de « sauver la vie » ou « donner la mort » en réanimation néonatale, Florent Champy souligne cette relation entre action et subjectivité du médecin, que l'on peut appliquer à la médecine générale même si chaque choix n'est pas aussi aigu. « Ce type de décision relève du jugement et comporte une part irréductible de subjectivité. Il est aussi moral ou éthique, voire politique, car le choix entre plusieurs solutions dont aucune ne s'impose comme univoquement supérieure aux autres peut s'appuyer sur des attachements particuliers du professionnel à certaines valeurs guidant son travail » (Champy 2009, p. 82). Et si certaines valeurs sont communes à la profession, d'autres dépendent de la socialisation de chacun.

Ce monde se construit à partir d'éléments divers et variés. Nous avons vu au cours de ce chapitre comment la vie en couple chez l'adulte était un élément implicite pour Simone, ce que l'on peut mettre en lien avec son éducation et sa culture catholique, et comment la

présence d'une mutuelle est un élément implicite pour plusieurs médecins, probablement en lien avec la norme d'avoir une mutuelle pour les personnes disposant d'un certain revenu et renforcé par l'importance de la valeur accordée à la santé dans la profession médicale. De nombreuses relations peuvent ainsi être faites et il est vain de vouloir être exhaustif en ce domaine. Quelques exemples permettront cependant de clarifier cette idée.

On peut citer d'abord, l'origine sociale familiale du médecin. S'il existe une reproduction sociale conduisant à une sur-représentation des catégories supérieures, voire une sur-représentation des enfants de médecins, ce n'est pas le cas de tous. Dans le panel étudié, seulement deux sont originaires de familles de médecins, à savoir Alain et George. Tous deux ont une vision assez biologique de la profession et, en tout cas, ne tiennent que peu compte de la profession du patient si ce n'est dans son acception de facteur de risque. George a la particularité d'être d'origine italienne, sa famille étant encore là-bas, malgré la consonance roumaine de son patronyme et de son accent. On peut dire qu'il s'est retrouvé un peu malgré lui avec une patientèle très populaire. Il m'avouera à la fin de l'entretien qu'il venait « chercher la mer » en France et que, finalement, il commence, « pas à regretter », mais presque puisqu'il se demande pourquoi, à 55 ans, il a décidé de tout recommencer. Le problème vient essentiellement de ce quartier composé de patients « avec une pathologie normale » mais « avec des problèmes sérieux » comme il dit.

« Oui, oui. J'ai compris que plutôt c'est ça... dans ce quartier. J'ai parlé avec des autres médecins, des confrères, et euh... tous ils m'ont dit que... le médecin qui m'a vendu le cabinet... s'est un peu moqué de moi en prenant un sac d'argent et...

— Sans vous dire que c'était difficile ici...

— Oui, oui. Il a profité de... ma... méconnaissance. »

De même, ce n'est sans doute pas un hasard que les deux médecins issus des milieux les plus aisés se retrouvent dans les villages en périphérie de ville composés de classes moyennes et supérieures. Élisabeth est fille d'un officier de marine marchande, reconverti au sol comme directeur d'une compagnie ; et Simone est la fille de hauts fonctionnaires du Cameroun, ayant étudiés dans des écoles d'administration dans ce pays et en France, ses trois sœurs sont médecins également. Dans ce cas, le niveau socio-économique n'est pas le seul élément important. Nous avons déjà évoqué ce que la culture catholique et la couleur de peau apportent à Simone, et ce que la naissance et l'éducation au Maroc donnent comme atout à Danièle dans la communication avec des patients ayant la même origine.

Le lieu d'exercice en tant que tel influence ensuite la pratique des médecins en lui donnant un cadre. Si Élisabeth, Simone ou Nicolas ne s'intéressent pas ou peu au tiers-

payant, à la présence d'une assurance complémentaire en santé, au remboursement des médicaments ou aux dépassements d'honoraires des spécialistes, c'est aussi lié à l'absence de confrontation à des renoncements aux soins pour raisons financières. Si la non-existence de ce problème pour le médecin peut être liée à un manque de sensibilité à la question, ce dernier est pour le moins renforcé par une localisation comportant une patientèle peu sujette à ces problèmes. Cette idée est illustrée par le cas de George. Nous venons de voir que ce praticien, issu d'une famille de médecin, était auparavant installé en Italie. Dans ce cabinet, il n'y avait pas la population pauvre à laquelle il est confronté, et on comprend bien qu'il n'a pas choisi la situation actuelle en connaissance de cause. Pour autant, et malgré quelques difficultés avec le système de santé français, il a été contraint de se fondre en partie dans le moule du médecin précédent. Il a continué de faire un tiers-payant systématique aux patients avec une ALD et le propose même aux nouveaux patients sans se poser la question d'une autre pratique. À l'inverse de ce qui a été décrit, travailler avec des populations pauvres oblige à tenir compte des renoncements financiers aux soins et à s'intéresser aux mutuelles ou aux remboursements des médicaments.

Il est intéressant de constater comment chacun des médecins construit sa vision du monde à l'aune de sa pratique avec des données que l'on pourrait penser comme objectives. L'exemple le plus flagrant concerne l'utilisation du tiers-payant pour les patients avec une ALD et la rationalisation faite par chaque médecin à partir de ses recommandations de l'assurance maladie, tous les médecins ayant probablement reçu les mêmes courriers du même organisme. Commençons par Carine puisque son appréhension de la question a déjà été mentionnée. Pour rappel, elle a une pratique limitée du tiers-payant, mais sans réticence à le mettre en œuvre.

« On est pas censé avoir le droit de le faire. La sécu nous a envoyé un courrier, quand même, pour nous le rappeler, et nous dire que c'était... à notre libre arbitre mais que ça devait être justifié par les... faibles revenus des patients »

On passe ensuite au discours de Magali que pour « l'ALD c'est pas obligatoire le tiers-payant », avec le sous-entendu qu'il existe cette fois un droit de le faire, et la constatation d'une utilisation occasionnelle ou systématique pour près des deux tiers de ces bénéficiaires. Et terminons par Anne-Élise qui dit pratiquer actuellement le tiers-payant avec 60 à 70 % de l'ensemble de ses patients et qui explique :

« Il y a une idée fausse qui circulait, qui disait que les gens en ALD fallait les faire avancer quand même. [...] Maintenant il y a quand même des courriers qui disent que c'est possible de le faire. Et les patients le reçoivent ce courrier. »

On évolue ainsi dans le discours des médecins, sur ce que permet l'assurance maladie en matière de tiers-payant, d'une dérogation exceptionnelle, à une possibilité permise par le droit, pour finir sur une pratique encouragée par l'institution. Quoiqu'il en soit, il est fait en sorte que la pratique ne déborde pas le cadre de vision du monde.

Portraits de médecins

Plutôt que de continuer une liste qui serait interminable, il est plus pertinent de brosser le tableau de quelques médecins afin d'illustrer la singularité des pratiques et le lien avec la socialisation de ces individus. Les entretiens ont été uniques pour chaque médecin et sans orientation particulière en ce sens. Ces portraits ne prétendent donc pas atteindre la finesse et la pertinence des *Portraits sociologiques* de Bernard Lahire (2002) même s'ils en sont en partie inspirés.

Paul

Le cabinet de Paul est établi dans un quartier urbain pauvre et c'est pour cela qu'il a été choisi. Plus précisément, il est situé dans une partie constituée de maisons individuelles, dont une correspond au cabinet. Il ne loge cependant pas dans cette maison et n'est pas propriétaire des murs. Dans le même bâtiment travaille une profession paramédicale. On entre dans un couloir puis directement une petite salle d'attente avec des murs propres mais un peu défraîchis, des posters médicaux ornent les murs sans être d'actualité.

Paul est un homme d'environ 65 ans, rond voire un peu gros, ses cheveux blancs sont à peine un peu longs. Il porte des lunettes rectangulaires aux bords arrondis, avec des montants épais rouges vifs. Il apparaît de suite comme sympathique et chaleureux, prenant le temps. Il est vêtu d'une blouse largement ouverte. Il mâchera un chewing-gum tout au long de notre entrevue. La première chose qu'il me montre est un luminaire sur pied de type halogène, enchaîné par le pied. Il m'explique qu'il s'est fait voler le précédent il y a peu, et qu'il a choisi ce nouveau modèle, qui semble pourtant ancien, avec le soin de vérifier qu'il ne pouvait pas se dévisser. Il en est de même pour un petit radiateur électrique, lui aussi attaché avec une véritable chaîne à gros maillons. Les sièges sont en plastique orange (de type salle des fêtes), tout ce qu'il y a de plus élémentaire, afin également qu'ils ne soient pas emportés.

On entre dans le bureau de consultation par une double porte insonorisée qui débouche sur un véritable capharnaüm. Il ne reste de la pièce qu'un couloir dont les bords sont une accumulation de dossiers et de documents en tous genres. Le bureau est lui-même envahi par des piles de papiers. Il y fait également plutôt frais. Une photocopieuse trône dans un angle sur une étagère de confection artisanale, celle qu'il me présentera avant ma première question comme le « premier outil du médecin généraliste ». Il n'a pas d'ordinateur mais télétransmet les feuilles de soin. Ce "couloir" est encombré de deux chaises qui font face au bureau et laissent difficilement l'accès à la salle d'examen que je n'ai fait qu'apercevoir dans une autre pièce. C'est là que nous nous installons pour un entretien de plus de deux heures.

Il est le seul médecin de la famille. Son père était militaire, sa mère femme au foyer. Il décrit son éducation comme stricte, « au martinet ». Il a vécu dans une autre ville de la région, avant de vivre pendant dix ans en Allemagne et de revenir dans sa ville actuelle avec ses parents. Sa sœur est institutrice et un de ses frères « dans le contentieux ». Ses trois enfants ne veulent « surtout pas » faire de médecine, lui reprochant d'être trop peu disponible comme nous allons le voir.

Quand je lui pose des questions sur son implantation dans ce quartier, il m'explique qu'il y habite depuis 1975. Mais ce n'était pas le quartier difficile actuel :

« Aucun rapport. C'était un lieu de vie... un quartier qui se développait. Voilà. Les appartements étaient pas chers à la location donc euh... on a dit on va habiter [là]. C'était un quartier pied-noir, ça a été inventé pour ça. [...] Et puis après en 85 ça a commencé un peu à tourner. Je me rappelle que c'est à peu près dans ces années-là, où on commençait à voir traîner des jeunes 10-12 ans la nuit, jusqu'à minuit, qui traînaient un peu... Ils jouaient déjà avec des jeux d'argent, ils se faisaient des petits groupes. Ça a tourné à ce moment-là, en 85. Et puis depuis c'est... ça a bien tourné. Oui, ben à l'époque j'avais, en 75, j'avais ma 2 CV, on me l'a pas touchée jusque... dans les années 80 on commençait à me l'ouvrir, à me... Pourtant c'était une voiture qui était... vulnérable, mais on me l'avait jamais embêtée. »

L'opportunité de s'installer s'est présentée au milieu des années 1980, avec le départ à la retraite d'un confrère. Plusieurs personnes lui ont conseillé de ne pas s'y installer et de plutôt aller dans un village périphérique, où les chèques seront toujours encaissés. Mais lui préférait ce quartier, à cause des patients : « je pense qu'ils ont quand même plus besoin de moi » dit-il en riant, et il rattache cela à des « fantasmes dans la petite enfance » :

« Ben, j'avais lu un bouquin qui s'appelait Tom Dooley. C'est un médecin qui, après la Guerre de Corée, s'est installé au Laos. Et je me serais bien vu, de partir au Laos, faire du Tom Dooley. Ça devait être en troisième quelque chose comme ça³⁵. »

Pour des raisons familiales, un frère handicapé dont il a dû s'occuper, il n'a pas pu assouvir ce « fantasme », pas plus que s'installer dans un petit village, ce qu'il aurait bien aimé.

On retrouve néanmoins chez Paul, lui-même fils de militaire³⁶, un peu de ce personnage et de ces allures de missionnaire. En premier lieu par le choix de ce quartier – pauvre –, où il s'est installé pour cette raison. Sa pratique est donc orientée dans ce sens. Il travaille exclusivement sans rendez-vous puisque sa patientèle ne les respecte pas. D'un point de vue financier, il assume complètement de faire de nombreux actes gratuits, voire de donner un peu d'argent aux plus nécessiteux, comme nous l'avons vu. Un point qui ne concerne pas directement notre sujet mais illustre bien son rapport à l'argent est qu'il ne pratique pas le tarif spécifique pour les enfants, augmentant le coût de la consultation de 23 € à 25 ou 27 € selon l'âge. Il considère que ce sont des « bouts de carottes ». Il connaît bien les assurances maladies de ses patients, à la fois par son usage du tiers-payant, mais aussi en ce qui concerne les assurances complémentaires éventuelles. De même, il est un des seuls avec George, à considérer comme primordial de savoir si un médicament est remboursé ou non, et il sait si un médecin spécialiste correspondant fait ou non des dépassements d'honoraires. D'ailleurs, il travaille surtout avec ceux du quartier qui n'en font pas : « Ah non, non. S'ils étaient là, c'est qu'ils étaient pas en secteur libre, c'est impossible ». Et pour ce qui est d'une hospitalisation ou d'examen complémentaires, c'est forcément avec l'hôpital public ou une clinique mutualiste qu'il travaille.

Nous l'avons vu, le rôle que Paul joue en tant que médecin est extensif et ne se limite pas au « médical » tel que décrit précédemment. Il fait des photocopies, aide les patients à gérer leurs documents administratifs, les oriente dans le système de santé, etc. Il a également une petite pharmacie de dépannage dans son cabinet, permettant de palier le déficit financier de certains patients, mais aussi améliorer leur confort :

³⁵ *Le journal du Docteur Tom Dooley* (Dooley 1964) est l'autobiographie d'un médecin ayant ouvert un hôpital au Laos après avoir passé quelques années comme *Marines* dans l'armée des États-Unis, juste après la fin de la Seconde Guerre Mondiale. Il est mort en 1961, à 34 ans, des suites d'un cancer. Il est précisé dans une biographie le fait qu'il est resté tout au long de sa vie un fervent catholique, ayant été éduqué en ce sens (Wikipedia 2014). Au Laos, il semble connu sous le nom de « Dr America ».

³⁶ Son père, géomètre de formation, a été artilleur dans l'armée française. Paul me dit qu'il était « passé au canon » pendant la guerre et qu'il a continué ensuite, participant à la guerre d'Indochine et à celle d'Algérie. « Je pense qu'il a pas dû rigoler quand même » conclut-il.

« Comme je finis tard, je m'en sers pour démarrer des traitements, parce qu'ils vont pas courir la pharmacie de garde, et puis pour le lendemain, quoi. Et puis des fois si je peux, je leur fais 2-3 jours de traitement pour ceux qui sont... un peu chiche. »

Il se donne également un devoir d'éducation populaire, particulièrement auprès des plus jeunes, leur expliquant des rudiments d'anatomie ou de physiologie. Il adapte aussi son attitude à la composition maghrébine de sa patientèle. Nous avons déjà vu qu'il demandait s'il devait enlever ses chaussures avant de marcher sur un tapis marocain. Il décrit aussi certaines adaptations de l'examen clinique. En parlant des femmes d'origine du Maghreb il explique avoir parfois des difficultés pour réaliser un examen clinique tel qu'il le fait habituellement avec d'autres : « Je veux dire, elles se déshabillent pas facilement. Donc faut s'adapter. Alors quand c'est comme ça, je suis embêté, j'envoie chez une consœur. » Et de même, « pour écouter les poumons je me faufile avec mon stétho dans le dos, pour voir le ventre je soulève je passe un peu la main. J'essaie de faire un peu attention, c'est normal. »

Paul se donne corps et âme dans son activité. Il exerce cinq jours sur sept et trouve normal de finir le soir vers 20 heures, après que les gens ont fini de travailler. Le samedi et le dimanche, il travaille dans une clinique psychiatrique. En vingt ans, il me dit avoir eu seulement trois week-ends de congé et ses dernières vacances remontent à 1991. Il m'explique que tous ses patients ont son téléphone portable, qu'il me montre accroché à son cou avec un trousseau de clefs. Il est joignable par tous, tous les jours, week-end compris – « pour un truc comme ça, un renseignement, une inquiétude » –, durant lequel il reçoit entre cinq et dix appels, ce qu'il ne juge « pas alarmant ». Tout est ainsi organisé autour de ce que l'on pourrait appeler un sacerdoce, pour filer la métaphore.

Ainsi, tout se passe comme si le patient normal, pour lui, prenait la forme d'hommes et de femmes de milieu populaire, éventuellement d'origine immigrée. L'accès aux soins est alors une question importante, presque centrale, et sa disponibilité sans faille en fait partie.

Son origine familiale, son éducation, ses rencontres ont construit la possibilité de cette configuration et l'ont amené vers cette pratique. Nul doute que l'expérience l'a ensuite confortée, mais la socialisation dont il a été tout à la fois objet et sujet en est le terreau.

Élisabeth

À l'inverse de Paul, Élisabeth a été choisie pour exercer dans un milieu plus aisé. Son cabinet est situé dans un village résidentiel proche d'une ville, composé d'environ 3 500 habitants, appartenant en grande partie aux classes moyennes et supérieures. Plus précisément, il est dans un quartier entièrement agencé sur le même modèle de villas entourées d'un terrain qui s'étend vers l'arrière. Le cabinet jouxte la maison où elle habite et où elle me reçoit. Elle est en effet en vacances et une remplaçante occupe les locaux professionnels dans lesquels je ne suis pas entré. Quand j'arrive, son mari quitte la maison dans un 4 × 4 Mercedes. On sent dans la maison une certaine aisance financière sans être tape-à-l'œil. Nous nous installons côte à côte dans la salle à manger, une véranda donnant sur le jardin.

Élisabeth a environ 60 ans, elle est installée depuis 36 ans dans le village et s'y vit comme dans son élément, avec des gens qui lui ressemblent. Elle considère exercer dans « un milieu favorisé » du point de vue financier, avec un glissement de la population de « propriétaires terriens » et d'« agriculteurs » vers une « classe moyenne » :

« Ça a été petit à petit remplacé par une... classe moyenne, tranquille. Alors j'aime pas le mot bourgeois parce qu'on y accorde trop de côtés négatifs, mais... si. Cette classe moyenne, tranquille, qui travaille, avec des boulots de toutes sortes, hein. »

Milieu social dans lequel elle se sent particulièrement à l'aise puisqu'elle définit également le médecin comme « un certain bourgeois », « une classe moyenne tellement moyenne ». Et c'est avec ce genre de patients, cette catégorie moyenne « qui [lui] ressemble » qu'elle se sent le plus proche et avec qui la relation professionnelle est la plus facile :

« La relation amicale, affectueuse, elle va s'effectuer plus facilement avec des gens qui ont... qui sont comme moi, qui ont commencé par euh... la première marche. Et qui ont progressé tranquillement. Après tu arrives où tu peux arriver hein. C'est pas... c'est pas spécialement important. Comme les gens ici, ils m'ont vue, euh... je me suis installée j'étais dans un studio minuscule, voilà. Donc j'ai toujours été sur le village. Donc... ils m'ont vue grandir, grossir, maigrir, avoir des enfants. (Elle rit) Vivre quoi. Comme eux. Comme eux, c'est ça en fait, cette espèce de similitude, comme eux. Comme eux j'ai commencé par une petite maison qui était pas à moi, puis une grande, et cetera. Comme eux. »

On comprend par cette construction de son monde l'activité de « conseil » que se donne Élisabeth auprès de ses patients. C'est du fait de cette configuration de « classe moyenne », à la fois pour ce qui est de la population et du médecin, assortie d'un aspect « semi-rural »³⁷ du village, qu'Élisabeth voit dans le médecin un « côté exemplaire » pour les autres, qu'elle décrit comme « une relation classique de médecin de famille ». Il est ainsi normal pour elle de ne pas s'intéresser à l'aspect financier de l'accès aux soins, puisqu'elle me dit qu'« ici » elle n'y est pas confrontée. Ce n'est pas son rôle de connaître le taux de remboursement des médicaments ou le montant des dépassements d'honoraires des spécialistes avec qui elle travaille, tous en secteur 2. Elle laisse cette tâche peu intéressante, ce sale boulot, au pharmacien ou au patient lui-même. Elle préfère vivre au plus près de ses patients et leur prodiguer des conseils quant aux décisions importantes de leur vie. De plus, cette place « moyenne tellement moyenne » lui donne accès à « des gens de milieu plus important ou de milieu moindre. Et puis le fait de connaître la vie, ça permet de s'adapter aux gens qui ont des revenus... qui sont d'un milieu social, on dira, plus bas que le nôtre. » Ce statut de médecin qui lui confère une « sagesse », pour reprendre le terme de Freudson, lui permet de faire la morale aux patients.

Pour autant, Élisabeth dit être arrivée dans ce village par le fait du « hasard », ce dont on peut douter tant on peut voir un lien entre sa biographie et l'aboutissement à cette situation. Elle est la quatrième de six enfants, l'aînée des filles, et dit avoir eu une « enfance tout gâtée, toute choyée, pleine d'amour ». Son père a été officier de marine marchande, puis en poste comme directeur d'une compagnie au sol, alors qu'il aurait souhaité être pharmacien. La médecine n'est pas le premier choix professionnel d'Élisabeth puisqu'elle voulait être enseignante en histoire. Cependant son père lui a demandé de faire autre chose, constatant qu'à son goût la faculté de lettres était encore « en effervescence » dans les suites de Mai 68. Il lui demanda alors de faire pharmacie, ce qu'elle refusa, et lui proposa à défaut la médecine ce qui parut à Élisabeth plus acceptable. Elle est le seul élément familial dans le domaine de la santé, mais parmi ses quatre enfants, sa fille aînée est pharmacienne et un de ses fils étudiant en médecine. On peut ainsi considérer que ce milieu plutôt aisé et conservateur l'a plus orientée vers un village habité par des personnes à son image que vers une banlieue populaire.

³⁷ Il n'existe pas pour l'INSEE de définition du « semi-rural », mais je ne pense pas que l'on puisse considérer ce village situé à quelques petites minutes du CHU et de nombreuses cliniques comme « semi-rural » pour ce qui est de l'exercice médical. On peut plutôt proposer le terme de « périurbain ».

Anne-Élise

Anne-Élise est âgée d'environ 35 ans et travaille dans un village d'un peu moins de 8 000 habitants. Ce dernier, sans être très isolé, n'est pas en périphérie directe d'une ville et les activités y sont plutôt agricoles. Le cabinet est situé près du centre du village, dans un bâtiment dédié comprenant quatre cabinets de consultations et un secrétariat donnant sur une vaste salle d'attente. Seuls trois des bureaux sont occupés la première fois que je la rencontre. Elle a repris la patientèle d'une autre médecin plus âgée, qui exerce dorénavant dans une autre région. Deux autres médecins, des hommes âgés d'environ 50 et 60 ans, travaillent avec elle, le plus jeune n'étant dans ce cabinet que depuis quelques années, alors qu'il y a avait auparavant quatre médecins. Il s'agit donc d'une association en pleine mutation. Il reste de cette ancienne organisation un secrétariat très présent avec deux femmes à temps-plein qui assurent une permanence de 7 heures 30 à 20 heures.

Pour rappel, Anne-Élise est un médecin que je remplaçais régulièrement au moment du début de l'enquête et dont j'ai observé les dossiers. Je l'ai revue après plus d'un an pour un entretien à ce sujet. Le médecin le plus âgé a depuis quitté le cabinet, ainsi qu'une des secrétaires, et deux autres jeunes médecins sont arrivés. Anne-Élise a aussi changé quelque peu sa manière de travailler comme cela a déjà été évoqué avec l'usage du tiers-payant ou la tenue des dossiers. Il était prévu de se voir entre midi et deux à son cabinet mais un problème de garde d'enfant a déplacé le rendez-vous à son domicile. Elle habite une villa entourée d'un petit jardin, situé au sein d'un quartier résidentiel mais assez proche du centre du village. Elle me reçoit dans un bureau et me demande de ne pas faire attention au désordre. J'y croise son compagnon, infirmier libéral, qui part au travail.

Assez rapidement durant l'entretien, elle me parle de la spécificité de la relation d'un médecin habitant le village où il travaille, et partageant, en ce sens, une partie de la vie de ses patients. La première fois, c'est à propos de la connaissance de la profession des patients :

« Le problème c'est qu'une fois qu'un certain nombre d'années passent, ça devient plus délicat de demander. Parce qu'ils pensent que tu partages leur vie en fait, donc ils pensent que tu sais. Et quand tu les croises, je pense qu'ils pensent que tu connais leur vie. [...] En vivant dans le village, je me rends compte, ils ont l'impression que je fais partie de leur vie. Ils te croisent, ils te voient avec tes enfants, donc tu es... tu as une relation particulière. »

Elle y voit deux points négatifs. D'abord, en s'attachant aux patients il est plus difficile de les soigner, reprenant en cela la notion de « neutralité affective » de Parsons. Il est par exemple plus difficile de « cadrer » des patients devenus des amis et elle a mis plusieurs mois à se remettre du décès d'une patiente de son âge. Ensuite, et comme nous l'avons déjà évoqué, les patients qui se sentent proches d'elle pourraient en profiter pour avoir des exigences particulières. Elle y voit donc plus d'inconvénients que d'avantages. Quand elle réfléchit à un éventuel point positif, elle se rétracte vite :

« Je vois peut-être les gens autrement que ce qu'ils veulent montrer au cabinet. Est-ce que ça m'importe vraiment ? À part les gens qui ont un régime particulier à suivre ou quoi euh... De toute façon, je vais pas faire des sentences par rapport à ce que j'ai vu à l'extérieur. C'est pas mon boulot. »

Contrairement à d'autres médecins interrogés (Élisabeth, Arnaud ou Nicolas), elle établit en ce domaine une séparation volontaire entre une sphère professionnelle et une sphère privée.

Cependant elle utilise ensuite à plusieurs reprises sa connaissance des patients et de leur milieu de vie comme un élément influant sur son travail. Je lui parle ainsi d'un patient de 36 ans, informaticien, qu'elle suivait à l'époque mais dont la prise en charge contrastait avec ses habitudes de travail observées. Il avait une hypertension artérielle traitée avec deux molécules, mais pas de prise de sang récente ni de consultation avec un cardiologue. Elle m'explique alors que ce patient a fait un infarctus du myocarde suite à une prise massive de stupéfiant et qu'il est « impossible à suivre ».

« Alors là, dans le social, tu peux y aller... Il a fait de la prison, il tabassait des femmes. C'était pas mal dans le genre. [...] J'ai surtout vécu de l'intérieur les coups et blessures, les... Nos enfants avaient les mêmes activités, donc... Tu vois, là pour te dire, là c'était embêtant. Parce que j'ai fait les certifs de coups et blessures de sa femme, j'ai... C'est un monsieur qui prend beaucoup de gens à partie... »

Après la rédaction de ces certificats, elle a surtout suivi sa femme, d'abord femme au foyer puis aide-ménagère. Alors que je lui fais remarquer que de vivre dans le même village a pu lui apporter des éléments dans ce cas précis, elle me confirme :

« Là ça m'a aidé, oui. Parce que je l'ai croisée, elle, avec des coquards et je lui ai dit : “Si vous voulez je suis là”, parce que les enfants sont à la même école, parce que... voilà j'ai vu beaucoup de choses. Tu vois la périphérie, quoi. »

Par ailleurs, nous avons déjà mentionné dans la partie sur les tiers-payants, la différence qu'elle pouvait faire entre deux patients toxicomanes à qui elle faisait un tiers-payant sur

la part obligatoire. Le premier sans souplesse parce qu'elle savait qu'il était « dans le trafic » et le second avec plus d'indulgence du fait de sa « galère sociale » et de son difficile travail de pêcheur. Dans le même ordre d'idée, elle fait la distinction entre deux patients pour lesquels elle faisait, avec plus ou moins de bonne volonté, un tiers-payant grâce à une ALD et qui ont ensuite bénéficié de la CMU-C. La première est une femme de 56 ans, en invalidité, et très insistante sur le tiers-payant :

« Donc elle, elle fait partie des gens embêtants. Elle, elle y a droit. Elle fait partie des gens "J'y ai droit". [...] J'ai une réticence envers les gens "J'y ai droit", j'ai un peu de mal. Parce qu'à côté de ça ils roulent dans une belle voiture... et que moi je me fais vite des *a priori* qui me gênent. Oui, parce que je l'ai vu en visite un certain nombre de fois. Donc je sais les conditions de vie. [...] Ça va, c'est cosy, mais il y a une grosse voiture, c'est des gens qui fument beaucoup, qui ont un genre de train de vie... et qui y ont droit. C'est des choses qui me gênent un peu. Et puis leurs enfants, ils y ont droit, aussi. Bon, par contre je pense qu'ils ont fait en sorte d'avoir la CMU, les enfants. Je suis un peu étonnée des conditions, après on peut toujours être étonnée, il y a des chiffres derrière qui font qu'ils ont droit à la CMU, hein »

À l'inverse, l'autre patient, même si lui aussi, « y a droit », n'est pas l'objet des mêmes suspicions après avoir bénéficié de la CMU-C :

« Parce qu'effectivement je pense qu'il vit chichement ce monsieur. Donc euh... ça me dérange pas. Je vois le côté social plus plus, là. Je vois dans quelles conditions... [...] Je vois l'adresse, je vois son ex-femme, je vois le milieu maintenant. [...] Monsieur isolé, tout seul depuis qu'il s'est déchiré avec sa femme suite au décès de leur fils. Qui a pas retrouvé l'amour et qui est, je pense, très seul. Il est pas dans le milieu associatif [du village], il est... Je le vois avec ses petites courses, tout seul, dans la rue. Il me fait un grand sourire, il recherche le contact, mais il est très discret. Il y a pas grand-chose au niveau discussion, quand même, hein. C'est un peu pauvre... Mais il est mignon. »

On voit ainsi qu'une connaissance plus précise des patients, du fait de visites ou simplement de rencontres informelles amène à des jugements moraux différents et à éventuellement plus d'indulgence, de souplesse ou au contraire de la suspicion et de la rigidité.

Alors que nous avons parlé de plusieurs patients choisis à la suite de l'observation de ses dossiers elle me dit : « T'as pris un lot, quand même, hein. À part Mme S. t'as pris un lot

de lourds. Tu as les explications tu vois ». Et plus tard, alors que je lui demande si elle est parfois débordée par les problèmes sociaux durant les consultations, elle m'affirme :

« Ah oui. C'est ce qui prend le plus de temps. Mais c'est bizarre parce que c'est moi, ça. Parce que mes copains qui travaillent dans les quartiers sociaux plus plus plus, dans le Nord, c'est trois minutes la consult. Et pourtant il y a que des cas sociaux. [...] C'est le temps que tu veux donner, je pense. Je pense qu'il n'y a essentiellement que M., qui est un médecin du village, et moi, qui fait dans les cas sociaux. Parce que je sais pas... Ils se disent entre eux que je prends mon temps. Parce que j'ai une certaine affection, je pense. [...] Je sais que tu as les patients qui... c'est pas qui te ressemblent, c'est faux je pense... mais les patients qui te vont. Et pourtant c'est très chronophage et c'est très... Les cas sociaux qui te retournent l'estomac, c'est terrible, hein. »

Comme explication de son « affection » pour les personnes en difficulté sociale, elle ne veut pas parler de ressemblance mais évoque sa biographie, venant d'un milieu « pas forcément facile ». Elle a été élevée seule avec sa mère et n'a connu son père, ouvrier agricole en Italie, que récemment, alors qu'elle avait 30 ans. Sa mère est diabétique de type 1, et n'a elle-même pas de famille étant « issue de l'assistance publique ». Cette histoire, Anne-Élise pense qu'elle a pu influencer sa pratique, à la fois concernant la maladie de sa mère qu'elle a « vécu de près » et certains problèmes sociaux :

« Je connais un gros rayon des problèmes financiers d'une famille monoparentale, des problèmes affectifs d'une famille monoparentale. [...] Donc je pense que ça joue sur ta pratique, j'en suis persuadée. [...] Mes amis qui ont pas connu ça, ils disent "Mais arrête de faire ta Mère Thérèse", fais ton boulot quoi. [...] Ils rentrent pas dans ça. Ça les intéresse pas. Et moi je rentre trop des fois, mais parce que je suis disponible pour ça ».

Si pour certains de ses amis, s'intéresser aux problèmes sociaux des gens ne fait pas partie du « boulot » de médecin, Anne-Élise l'intègre pour sa part au sein des consultations.

Mais elle a également ses propres limites et n'est pas touchée de la même manière par tous les patients en difficultés, trop éloignés de ce qu'elle est. À la fois pour des patients dont on pourrait dire qu'ils sont trop bas ou d'autres qui sont trop hauts. Le premier cas peut être illustré par une patiente d'Anne-Élise, âgée de 69 ans, et qui n'a pas eu de prise de sang depuis longtemps. Le médecin dit en riant : « Ah oui. Bon, c'est parce que tu vois pas le cas que c'est. C'est une nana qui est quasiment intouchable ça ». Elle a beau la présenter elle-aussi comme un « cas-social », elle connaît finalement assez mal cette patiente, du fait de la distance importante qui les sépare, et a tendance à vouloir écourter les consultations pour lesquelles elle ne semble pas arriver à trouver un intérêt :

« Je connais son environnement, pas trop elle. Elle vit [dans un village proche]. Elle a trois neurones. Et elle a deux filles qui ont deux neurones et demi. Et elle a un fils qui est... qui est chef cuistot dans un très bon resto, et une belle fille – qui est sa femme – qui sert au resto, je connais bien le resto, et qui s’occupe bien d’elle. Mais elle est complètement psy. [...] Tu peux pas noter grand-chose, tu peux pas obtenir grand-chose. En plus elle a un problème de langue, elle. Elle a pas de dents... T’as l’impression qu’elle parle genre un peu en espagnol, tu vois. Elle, je sais rien de sa vie, par exemple. Je sais pas ce qu’elle a fait avant... [...] Je sais que ça va durer 40 minutes dans la plainte. [...] Donc je pense pas que j’ai demandé : “Au fait c’était quoi votre métier ?”. Ça a jamais été un truc où la relation devient agréable et tu peux dépasser le cadre. Non, c’est pas possible. Je sais déjà que je vais galérer avec cette dame. Donc je l’abrège, si tu veux, la dame »

On peut citer en contre-point une autre patiente qui a elle-aussi 69 ans mais dans un genre complètement différent. Il s’agit d’une ancienne mannequin qui supporte mal de vieillir. La discussion reste plus facile avec elle qu’avec la précédente, mais Anne-Élise constate qu’elle vient seulement récemment de « discuter plus profondément » avec elle alors qu’elle la suit depuis quatre ans. Et même après cela, elle se sent moins touchée par cette histoire éloignée de ce qu’elle est en comparaison d’autres problèmes. Sans entrer non plus dans le déni des difficultés de cette patiente, elle essaye de la faire « relativiser » ses problèmes afin qu’elle profite de ce qu’elle a. « C’est touchant la relation. Mais ça me fait... je l’emporte pas le soir avec moi, quoi ». Ce sont des problèmes qu’elle estime mineur, mais elle considère qu’un autre médecin qui n’aurait pas eu son histoire pourrait être touché par celle de cette dame.

Arnaud

Lorsque je contacte Arnaud par téléphone pour lui proposer un rendez-vous, je lui explique comme aux autres que le sujet concerne l’activité du médecin généraliste en tant que prise en charge globale du patient dans son contexte. J’ai dû prononcer le mot « social » puisqu’il m’a d’emblée affirmé que le social l’intéressait beaucoup et qu’il allait essayer de trouver un moment pour me recevoir, bien que très pris par diverses activités. J’ai d’ailleurs dû le rappeler ultérieurement, à sa demande, suite à des difficultés d’agenda. Il me donne rendez-vous un soir après ses consultations.

Son cabinet est situé dans une petite ville de 8 000 habitants, un peu isolée des deux grandes villes du département et de leurs centres hospitaliers qui sont à un peu plus de 30 minutes par l’autoroute. Le bâtiment est situé à proximité du centre-ville, dans des

locaux entièrement réaménagés. Ce grand cabinet médical peut accueillir trois à quatre médecins mais Arnaud y est actuellement seul. Tout y est neuf, à commencer par les portes coulissantes automatiques donnant de l'extérieur vers une grande salle d'attente avec un secrétariat situé derrière une baie vitrée. La décoration est soignée, dans un angle trône une petite table ronde ornée d'un vase et d'une fleur, les murs sont ornés de tableaux qui semblent tous des originaux, surtout des paysages et quelques toiles abstraites. Un coin est réservé pour les enfants avec un tapis de jeu et des jouets. Différentes sortes d'informations sont disponibles pour les patients, allant du fonctionnement du cabinet aux annonces culturelles locales, en passant par des campagnes de prévention.

Arnaud est un homme d'environ 45 ans, avec une longue queue de cheval, assez direct dans le contact. Il commence par me donner un aperçu rapide des locaux, me vantant leur qualité et m'expliquant que plusieurs bureaux ne sont pas occupés et qu'il est à la recherche d'associés. Si jamais j'étais intéressé nous pourrions en rediscuter... Son bureau est également arrangé avec soin, plutôt grand avec une salle d'examen attenante. Il s'installe à sa place, me proposant un des sièges destinés habituellement aux patients. L'entretien durera deux heures et quart.

La caractéristique principale de ce médecin est d'être un véritable entrepreneur, que ce soit dans sa consultation, dans la gestion du cabinet ou à l'extérieur. Si le paternalisme de Paul se rapproche du missionnaire, celui d'Arnaud se rapproche du patron d'entreprise d'un capitalisme familial. Il est pourtant, comme on dit, d'extraction modeste. Ses grands-parents étaient commerçants et viticulteurs, et ses parents sont « des fonctionnaires, des petits fonctionnaires », une grande partie de sa famille étant dans les Postes et Télécommunications. Il a décidé à 11 ans qu'il voulait être « médecin sans frontière » et précise que ses parents l'ont suivi dans cette démarche professionnelle, faisant ainsi apparaître que ça n'allait pas de soi. Il dit lui-même s'être ensuite « embourgeoisé ».

Son esprit entrepreneurial s'exprime en dehors de sa profession de médecin. Il estime faire « des semaines de 100 heures à peu près » et ne prend que deux semaines de congés par an, en lien avec diverses activités. Il est chef d'un orchestre de quarante-cinq musiciens et chef de chœur de deux chorales comptant entre quarante et soixante-dix membres. Par ailleurs, il s'est « lancé » dans « l'acquisition d'un domaine » dont il dit que c'est

« un gros morceau, parce que c'est 3000 m² de toiture. Donc il y a un château XIX^e, il y a des écuries XIX^e, un bâtiment XVIII^e, il y a une tour médiévale [...] et il y a surtout un grand chai et un petit chai sur une surface de 1500 m² ».

Il décrit avec érudition les atouts de son domaine et me dit qu'il a fait une demande d'inscription aux monuments historiques. Actuellement y ont lieu des événements culturels, notamment un festival dont il est le directeur artistique et une galerie d'art qu'il a créée mais dont il a « délégué » la gestion, ainsi que des visites et l'accueil de mariages où il fait acte de présence. C'est dans ce cadre qu'il a embauché un de ses patients, comme cela a été dit, afin de l'aider pour divers travaux. Il fait lui-même un autre lien avec son statut de médecin, après cette (longue) description de ses multiples activités et compétences, puisqu'il « pense que les gens apprécient ça aussi ». Il parle d'ailleurs de toute sorte de sujets avec ses patients, puisqu'il s'intéresse à tout, et pas seulement des domaines qu'il connaît bien. « Je suis très savant grâce à eux » dit-il. Dans ce cadre, il prend les adresses électroniques de ses patients pour les informer de ses activités extra-médicales et il dispose des tracts et des affiches dans sa salle d'attente.

Le cabinet médical est lui-aussi géré comme une entreprise qu'il faut développer et faire fructifier. Son évolution est digne d'un roman ponctué d'affaires financières, tout comme les activités précédentes pour lesquelles cela n'a pas été développé. Après ses études, il s'est rapidement installé dans cette petite ville, où il est né, en s'associant avec le médecin qui avait accouché sa mère. Ce dernier, après avoir été son Maître de stage, a jugé qu'Arnaud avait « un bon esprit » et qu'il était « performant ». Ils ont aménagé un nouveau bureau dans le cabinet d'alors et il a démarré son activité « de façon fulgurante » grâce à sa connaissance de la population locale. « J'avais acheté 30 % des parts à mon associé, il me reversait 30 % du chiffre d'affaires et il pensait qu'en deux ans je dépasserai ce chiffre. Et je l'ai atteints en un an. » Lorsque son associé est parti à la retraite, il lui a laissé « un Parisien avec un parisianisme effréné dans les pattes » avec qui les relations se sont vite dégradées. Le « divorce » a été houleux puisque ce nouvel associé lui a demandé 150 000 € de dommages et intérêts. Un arrangement a eu lieu avec son avocat mais il convient y avoir « laissé des plumes ». Il avait déjà repéré le bâtiment où il est actuellement, qu'il a réservé et loué « avec ses deniers propres » pendant un an. Il s'y est ensuite installé avec un nouvel associé, resté pendant six ans. Ils ont ensemble travaillé sur un « projet architectural » et investi 190 000 € de travaux pour avoir « un des plus beaux cabinets qui puisse être. Fonctionnel, réfléchi, pensé, et cetera ». Il me le décrit avec force détails : chauffage et

refroidissement au sol, double vitrage (« on a tout doublé »), faux-plafond, volets roulants automatiques, serveur informatique, prises électriques avec onduleur, etc. « C'est le top quoi. C'est un superbe outil de travail, sauf que maintenant je suis tout seul à supporter les charges qui sont très lourdes. »

Exercer seul participe à l'organisation matérielle des consultations, d'autant plus que ce n'est pas un choix. Il a ajouté les heures de consultation de son ancien associé aux siennes, dans l'espoir qu'un nouveau arrive, et se plaint du rythme infernal qu'il a depuis. Il garde à peine quelques dizaines de minutes pour manger le midi chez ses parents mais il n'a plus le temps de prendre le thé chez eux. Du coup, cela demande pour lui une organisation faisant participer les secrétaires à son bien-être : « Je reviens ici, et puis le thé on me le sert [...]. J'ai du thé le matin, et j'ai du thé l'après-midi ». Le poids de la hiérarchie semble donc important. À propos de ces dernières, il se plaint qu'elles soient parfois au téléphone avec des patients alors qu'il a besoin d'elles :

« À certains moments, je dis aux patients : “Vous savez, jusqu'à preuve du contraire, c'est moi qui paye les secrétaires. Donc elles sont à mon service, elles sont pas au vôtre. Hein, je leur demande de vous rendre service mais euh...” »

Il agit ainsi en patron d'entreprise et il en fait de même quand il s'agit de rentabiliser son activité. On se rappelle de son goût pour les consultations sans rendez-vous, qui sont pour lui une « émulation » à aller vite, mais qui ce faisant lui permettent aussi d'arriver à un tarif horaire plus avantageux, en particulier dans le cas de tiers-payant comme la CMU-C. Il tient également une comptabilité plus précise des impayés que ne le font les autres médecins pratiquant certains avantages de paiement.

On observe une véritable relation commerciale entre le médecin et son patient, même s'il s'en défend un peu. S'il affirme à un moment : « on est pas des commerçants quand même », c'est surtout pour se plaindre de devoir compter « les centimes » alors que son activité vaut plus que ça. Cette relation commerciale devient apparente lorsqu'il parle d'autres professionnels. Lors d'une visite auprès d'un confrère spécialiste pour un problème de santé personnel, il se plaint d'une durée de consultation de seulement cinq minutes alors même qu'ils sont liés par un lien financier de correspondant : « Moi le médecin, moi le pourvoyeur de clients... et je dis client à dessein ».

Pour lui, la relation doit être directe avec le patient, règlement compris :

« Ma vision politique consiste à considérer que nous sommes une profession libérale, et que les gens euh... nous choisissent. Et que les gens donc... viennent ici pour un

problème et on livre notre expérience qui est liée aux années d'études que nous avons faites. Et cela se paye. C'est un service qui se paye. »

Comme d'autres médecins, Arnaud lie au côté libéral de la profession une certaine autonomie dans l'organisation du cabinet. Ce statut est très important pour lui et il l'oppose parfois à celui de fonctionnaire, ce que sont pourtant ses parents. On retrouve son aversion de l'enseignant dans l'exemple d'un éventuel collaborateur dont la femme est stagiaire-institutrice et à qui il reproche de ne pas prendre de décision sur le lieu de son installation :

« Vous trouvez ça logique, qu'une nana qui va démarrer à 1 300 € par mois, qui va travailler 28 heures par semaine, qui va travailler quatre... euh huit mois par an, décide du lieu d'implantation par rapport à un autre, qui va travailler 56 heures par semaine – le double –, qui va travailler onze mois par an, et qui va... Mais qu'est-ce que c'est que ces conneries ? »

Comme cela a été dit, il est aussi réticent par principe au tiers-payant (excepté donc dans les cas rapportés ci-dessus) puisque cela nuit aux revendications syndicales par l'empêchement de faire une grève de la télétransmission. Il voue ainsi à la Sécurité sociale un désamour évident et qualifie d'« orgasmique » son expérience de jet d'œufs sur la façade de cette institution.

Si cette position de profession libérale laisse au médecin une autonomie vis-à-vis des institutions, c'est aussi le cas vis-à-vis des patients. Nous avons également vu qu'il supporte très mal, peut-être plus que d'autres médecins, des remises en cause de sa manière de gérer les consultations, que ce soit du point de vue de l'organisation ou du contenu de ses prescriptions. Je ne reviendrai pas sur les exemples déjà donnés. Il utilise à plusieurs reprises la comparaison avec d'autres métiers pour justifier son intransigeance : lui ne se permet pas de discuter les conseils d'un garagiste ou d'un maçon, et il ne voit donc pas pourquoi ses patients le feraient au cours de ses consultations. Il revendique en ce sens un certain paternalisme :

« Je pense que je suis très paternaliste dans ma façon d'exercer, c'est-à-dire que... l'effet placebo je l'utilise à 100%. Je suis pas là... le Dr R., que vous avez peut-être remplacé, vous le connaissez... c'est un médecin qui euh... encore à 65 ans, sort le Vidal... Bon, il pense tout haut, alors il dit : "Qu'est-ce que je vais vous donner ?" Bon, le patient : "Je voudrais ça, ça...", il le marque, et cetera. Mais je pense que ce médecin-là, par la question qu'il se pose tout haut, alors que moi je la pose tout bas comme vous quand...

hein : “Qu’est-ce que je vais lui donner ?”, eh bien le fait de le dire tout haut laisse entendre que euh... il hésite, et qu’il n’est pas sûr du diagnostic, et donc encore moins... Et moi, ça a toujours été tranché. C’est-à-dire c’est clair et je récite tout clairement, mon schéma directionnel, ma logique. Hein, bien sûr que je vais adapter en fonction du patient, en fonction de ses connaissances, et dans la précision et dans le choix des termes, et à la fin je vais dire : “Voilà, donc ça, ça va marcher”. »

À la différence de Paul, c’est un paternalisme extrêmement directif qu’il exerce. Il se considère comme ayant « un caractère bien trempé, et voilà... être un peu peut-être directif, être un peu chef de bande ». Il m’affirme adopter cette attitude avec tous les patients quelle que soit leur catégorie sociale. Il lui semble que ces derniers apprécient la « clarté » qui en découle et que c’est ce qu’ils viennent chercher à son cabinet. On peut cependant se demander si son antipathie particulière pour les enseignants, qu’il qualifiait précédemment d’« emmerdeurs », n’est pas aussi liée à cette attitude, de même qu’il se plaint d’autres professions intellectuelles. Ceux-ci ne sont peut-être pas aussi satisfaits de ce comportement, en comparaison avec d’autres patients moins habitués à mettre en avant leur savoir. C’est comme ça que l’on peut comprendre cette remarque, déjà citée, où Arnaud explique que travailler avec des patients de faible éducation est « plus intéressant » puisqu’« ils sont plus sensibles, perméables », les mettant en opposition avec les enseignants. On peut en effet expliquer cette préférence du médecin pour des catégories sociales basses par leur moindre participation active à la consultation qui colle mieux à sa vision de ce que doit être le métier de médecin : la transmission d’un savoir expert d’un professionnel à un profane.

Cependant, Arnaud considère que ce n’est pas parce qu’il va vite qu’il reste en surface des consultations et qu’il se limite à une vision biomédicale :

« Je discute énormément avec beaucoup de... avec beaucoup de mes patients de leur métier et tout ça... En fait je suis assez performant, dans le sens où je suis multitâche, j’ai un cerveau féminin, donc je suis multitâche... Donc du coup, même si je vais passer que 10 minutes par patient, on va aborder beaucoup de sujets, énormément. Alors que les autres vont rester cantonnés dans la maladie, dans l’explication de la maladie. »

Et de fait, nous l’avons vu, Arnaud a un avis bien tranché dans beaucoup de domaines et ne le garde pas pour lui : que ce soit sur l’aménagement mobilier, les priorités financières, la qualité d’une voiture ou la manière de manger. Comme il le dit lui-même, il va « distiller un discours » ou « éduquer » en donnant un avantage par exemple financier « moyennant un discours ». Ce faisant, il est beaucoup plus que l’entrepreneur de morale

décrit par Freidson puisque ses consignes dépassent largement le champ sanitaire. Pour lui, la « globalité » consiste à ne pas limiter son discours à des conseils sur la santé mais à se servir de son statut social et de la sagesse qu'il confère pour éduquer toute une partie de sa patientèle à la bonne manière de vivre, telle que lui la conçoit.

En contrepartie de ce paternalisme, il se sent une certaine responsabilité envers ses patients, notamment les plus populaires. C'est avec eux qu'il dit être le plus indulgent concernant des écarts à son organisation et qu'il met sur le compte de leur inadaptation ou de contraintes spécifiques à leur situation.

CONCLUSION

I. LÉGITIMITÉ DE LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ

Les théories de John Rawls considèrent que certaines inégalités ne sont pas injustes. Les « talents » dont l'origine n'est pas socialement construite échappent à la qualification d'iniquité. Le Haut conseil de santé publique reprend cet argument, jugeant que c'est par leur aspect de construction sociale que les inégalités sociales de santé sont « modifiables et injustes » et conclut que seules sont « injustes les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes. » (HCSP 2009a, p. 24) Ces considérations posent plusieurs problèmes. D'abord sur la nature de ce qu'il faut mesurer et considérer comme injuste. Si l'on reprend les théories d'Amartya Sen, ce ne sont pas les moyens d'aboutir à une bonne santé qui devraient être égalisés, mais les capacités des individus à réaliser leurs propres fonctionnements. Ainsi considérés, peu importe que ce qui gêne cette réalisation soit d'origine naturelle ou sociale, on doit autant que faire se peut lutter contre ces inégalités. Ceci nous amène alors à un deuxième problème. Le HCSP nous dit que ce qui est socialement construit est modifiable, induisant le fait que ce qui est naturel ne l'est pas. Or, particulièrement dans le champ de la santé et de la médecine, on peut interroger cette plus grande facilité d'agir sur le social que sur le biologique. La médecine n'est-elle pas justement la science de ce qui touche le corps ? Et la sociologie n'a-t-elle pas montré la stabilité du social ? Il n'est ainsi pas aussi évident que le social soit modifiable et le naturel soit stable, et surtout il n'est peut-être pas utile d'opposer ces deux domaines.

Par ailleurs, le HCSP utilise la logique de l'égalité des chances pour considérer que des inégalités de santé causées par les actions individuelles, dont la personne est responsable, ne sont pas injustes. Il devient ainsi nécessaire de séparer le choix en lui-même de ses circonstances, conduisant à une manière de légitimer l'existence même des inégalités. Cette recherche de responsabilité pose ainsi d'autres problèmes. Non seulement certains se retrouvent avec une santé moindre, mais en plus ils sont de mauvais élèves et en sont responsables. Cela pose en outre la question de ce qu'est un choix personnel, car cela

revient à considérer l'individu en dehors de toute forme de socialisation, dans une identité déconnectée du monde environnant. Pour Pierre Rosanvallon, cette recherche de la responsabilité individuelle est une négation du principe de solidarité qui vise justement à une « socialisation de la responsabilité » (Rosanvallon 2014, p. 54). Il argumente cette position en expliquant que si les situations peuvent être connues et objectivées, il existe toujours une indétermination dans l'explication de ces dernières par les comportements. Si la question de différencier ce qui est juste ou injuste est légitime dans une logique d'assurance et de solidarité, elle se pose différemment pour le médecin qui répond à la demande d'un patient. L'éthique médicale veut en effet que le professionnel apporte son soin au patient qui en a besoin, quelle que soit l'origine de son mal. Il est ainsi étonnant, comme j'en ai fait l'expérience, de constater l'unanimité d'étudiants en médecine quand on leur pose cette question de la responsabilité du patient dans sa maladie : il ne leur vient pas à l'idée que les soins apportés puissent être différents. Il ne peut exister de discrimination dans la réalisation des soins, que ce soit en compensation de résultats inégaux ou du mérite du patient. Ce qui ne veut pas dire que ce ne soit pas le cas en pratique.

Les inégalités sociales de santé sont un objet de santé publique pensé presque exclusivement sous la forme du résultat. Cela tient à son appréhension quantitative par la *mesure* d'inégalités, plutôt que par l'aspect de justice sociale, et se traduit dans les indicateurs choisis à la fois en termes de santé (mesure de la morbi-mortalité ou d'échelles de qualité de vie) et d'indicateurs sociaux (morcellement de l'individu en fragments mesurables : PCS, revenu, éducation, etc). Il manque à cela un aspect procédural consistant à se poser la question de l'accès de tous à un *bon* soin, et pas seulement un soin efficace, qui prenne en compte les besoins et les libertés de chacun et que l'on pourrait rapprocher du concept des « capacités » d'Amartya Sen. Cette recherche s'engage dans cette voie, en considérant que même si l'amélioration en termes de résultats se joue en grande partie en dehors du système de soin, ce dernier a un rôle fondamental dans la prise en considération du patient et dans la manière dont il va délivrer des soins en prenant en compte ou pas ces inégalités.

En France, afin de lutter contre ces inégalités sociales de santé, l'État et les instances de santé publique ont conféré au système de soins une place prépondérante en orientant fortement les politiques sur l'accès aux soins, curatifs et préventifs. La médecine générale se voit attribuer dans ce dispositif un rôle d'interface avec les usagers en tant que médecine

de soins primaires. Cette “nouvelle” spécialité qui se cherche une légitimité tente ainsi de concilier une tradition libérale de colloque singulier et des missions populationnelles, dont les inégalités sociales de santé peuvent faire partie. Elle prône une approche « globale » du patient « dans son environnement », prenant en compte ses dimensions biologique, psychologique et sociale, tout en revendiquant des rôles de santé publique. En dehors des discours théoriques, les recommandations de santé publique ou de la profession envisagent principalement les inégalités sociales de santé sous l’angle de l’identification de patients précaires, considérés comme « à risque » et de l’accès aux soins. La relation en elle-même semble peu investie par le social, si ce n’est par l’injonction à adapter le discours du médecin au niveau d’éducation du patient dans les cas déficitaires. Les praticiens, dans leurs principes et dans leurs actes, reprennent ces diverses conceptions et en utilisent d’autres.

2. CARACTÉRISER LE SOCIAL

Un social du manque

Dans la pratique de médecine générale, le social apparaît souvent comme perturbateur de l’activité médicale. Il est considéré comme un élément en dehors du savoir spécialisé, ce « médical » entendu comme l’activité biomédicale, et vient “emboliser”, pour prendre un terme de jargon médical, le déroulement de la consultation. Ainsi, la médecine est une science ou, du moins, elle utilise directement la science pour l’appliquer à des situations concrètes, ces dernières relevant de la biologie à travers le corps et la maladie. De ce point de vue, il n’y a pas lieu de traiter différemment un individu d’un autre. C’est ce que me rétorque Simone quand je lui pose la question de l’influence de certaines caractéristiques des patients : « je fonctionne avec tout le monde pareil ». George fait de même en expliquant que sa pratique est orientée par la pathologie : « le patient peut vivre dans une villa ou dans un studio, pour moi c’est la pathologie qui est primordiale ». Mais parfois les caractéristiques sociales du patient débordent et le médecin s’y retrouve confronté de fait. Quand il apparaît, le social gêne le travail du médecin, il perturbe son activité. Cela se retrouve également dans la construction des données scientifiques par l’épidémiologie. Le social y est parfois décrit comme un biais. C’est un « facteur de confusion », un « facteur parasite » qu’il faut contrôler sous peine d’aboutir à de mauvaises conclusions (Bauer 2011).

Dans la pratique clinique, ce type de social ne concerne pas tous les acteurs. D'abord il est une caractéristique du seul patient, le médecin n'est pas concerné si ce n'est qu'il peut y être confronté. Ensuite, il est uniquement l'attribut de ceux qui en manquent, ceux qui en sont déficitaires : les pauvres, les incultes, les exclus, les chômeurs, les isolés, etc. On le retrouve dans les discours à travers les termes de « problèmes sociaux » ou de « cas-sociaux ». Il oblige le médecin à modifier sa pratique habituelle pour s'adapter aux caractéristiques du patient. En ce sens, le social devient tangible lorsqu'il est perturbateur. Il apparaît paradoxalement en étant déficitaire. Dans la pratique jugée normale par le médecin, il est invisible ou devrait l'être. Ce social correspond en grande partie à ce dont s'occupent les assistantes sociales : les problèmes financiers et d'ouverture de droits. De la « paperasse », donc. Et pour certains médecins ils ne devraient pas avoir à s'en préoccuper puisque, eux, travaillent sur la santé entendue comme le biologique, éventuellement le psychologique. Renvoyé à l'extérieur des prérogatives habituelles du médecin, il devient du « sale boulot » si ce dernier se sent l'obligation, morale ou réglementaire, d'en tenir compte. Mais il peut être complètement invisible pour d'autres.

La dichotomie entre des patients porteurs de social et d'autres non-concernés par ce phénomène n'est pas propre aux cliniciens, on la retrouve dans divers rapports ou recommandations de pratique. Ainsi, un ouvrage de Paul-Henri Bréchat et Jacques Lebas (2012), publié aux presses de l'EHESP et intitulé *Innover contre les inégalités de santé* est en fait exclusivement consacré à la précarité. Dans la préface, Didier Sicard explique, comme cela vient d'être dit, que « la médecine aimerait bien en effet n'avoir à traiter que des symptômes et des maladies. Or, plus le progrès des sciences médicales accroît tant les connaissances que les dépenses, plus le fossé de la perception de la médecine se creuse d'un arrière-pays social avec une séparation croissante des champs du médical et du social. » S'il regrette que le social soit du sale boulot, il promeut par la suite l'idée que le social c'est le pauvre, la « précarité », et l'oppose au champ médical en tant que science.

On peut observer aussi cette séparation dans des recommandations de pratique à destination des professionnels. Patrick Flores et Hector Falcoff (2004), tous deux médecins généralistes, ont publié un article posant la question de l'action « en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ». Leur « première action à mener » est d'« identifier les patients socialement désavantagés et mesurer les effets de leurs caractéristiques sociales sur leur état de santé ». Tout se passe comme si le seul social

agissant sur la santé était celui des pauvres. De même, dans un « repère » pour la pratique, conjointement édité par l'INPES et le CMG (2014), à la question « Pourquoi prendre en compte la situation sociale du patient en consultation ? », la réponse apportée est qu'il s'agit « de mieux repérer les *difficultés sociales* qui peuvent jouer sur l'état de santé du patient, pour identifier les *obstacles* potentiels au suivi de son parcours de santé et rechercher, avec lui, les moyens de les surmonter³⁸ ». Cela est d'autant plus étonnant que, dans la page précédente, il est expliqué qu'il ne faut « pas confondre inégalités sociales de santé et précarité », car il existe un « gradient social des inégalités en santé » qui concerne « l'ensemble de la population ».

Cette perception du social, par le bas, n'est en effet pas congruente avec le gradient social de santé observé. À moins de considérer qu'il existe une diminution progressive des « obstacles » en montant dans la hiérarchie sociale, avec un hypothétique Graal au sommet où le social disparaîtrait complètement, ces deux conceptions entrent en contradiction. Cela rejoint les premières explications des inégalités sociales de santé, liées à la notion de pauvreté absolue. Elles datent de la fin du XIX^e siècle et la question sociale d'alors est celle des conditions de vie et de travail des ouvriers de l'industrie galopante. C'est en lien avec cette question que s'est développée la médecine sociale et, actuellement encore, les organismes médico-sociaux font référence aux couches les plus basses de la population, aux défavorisés. La transformation de celle-ci en une « nouvelle question sociale », celle de la précarité et de l'exclusion, a plutôt accentué ce phénomène.

Pour autant, les explications des inégalités sociales de santé ont su évoluer pour tenir compte de ce gradient social de santé. Plusieurs rapports mettent d'ailleurs en avant le risque de simplifier la question à celle de la précarité (HCSP 2009a; Guichard et Potvin 2010). C'est justement cette recherche de nouveaux liens entre santé et social qui a mené à d'autres formes d'appréhension du social.

Un social objectif

Cette confrontation entre biologique et social se poursuit pour les considérer cette fois dans une relation de causalité. C'est la forme de social la plus souvent observée lorsque sont décrites les inégalités sociales de santé.

³⁸ C'est moi qui souligne.

Tous les médecins interrogés disent s'intéresser à la profession de leur patient du moment que celle-ci peut avoir des conséquences sur leur santé. Un exemple classique est celui du déménageur qui se fait un lumbago, mais on pourrait prendre celui d'un ouvrier travaillant avec des produits chimiques. Nombreux sont les médecins à faire également un tel lien entre les conditions de travail, ou un événement familial, et leurs conséquences psychologiques. C'est même une des rares situations pathologiques pour laquelle le social fait irruption dans le dossier médical, en dehors des renseignements « administratifs ». Il en est de même pour les questions d'habitat, que ce soit en termes d'aménagement mobilier et de risque de chute ou d'hygiène. Les conditions de vie (matérielles ou psychiques) ont des effets sur la santé. Le social a des conséquences biologiques et c'est aussi en cela que l'on peut parler d'incorporation ou de biologisation du social. Ces diverses affections du biologique par le social sont l'objet d'un savoir qui peut être le fruit de l'expérience clinique ou de connaissances plus institutionnelles, notamment de l'épidémiologie.

On retrouve également le lien inverse, la santé pouvant être la cause et le social la conséquence. L'exemple le plus classique est l'arrêt de travail pour maladie dans lequel un événement biologique ou physique a des répercussions sur la capacité à travailler. C'est également le cas pour d'autres conséquences comme l'aménagement du lieu de vie ou les actes de la vie quotidienne. Encore une fois, tous les médecins reconnaissent cette relation pour laquelle ils ont un rôle d'expert attribué par la société et rédigent des certificats ou des attestations à la demande des patients ou des autorités. On pourrait ainsi parler de socialisation du biologique, terme qui semble moins péjoratif pour les sociologues que celui de biologisation du social.

L'appellation de « biologisation » a notamment été formulée par Patrick Peretti-Watel pour décrire une utilisation des données sociales au même titre que le sont des données biologiques. L'épidémiologie sociale a fait entrer le social au sein de la science, en tant que donnée dont la légitimité n'a rien à envier aux autres. Ce faisant, le social donne à voir un nouveau visage qui se veut plus scientifique. Il est alors standardisé, objectivé. Et pour cela, il est construit hors de l'individu. Une technique statistique consiste à isoler un paramètre par régression logistique pour connaître sa valeur propre. Cette transformation, visant à simplifier le monde que l'on étudie, est le propre de la science qui ne peut travailler sur des données trop complexes³⁹. Si l'utilisation de cette technique ne pose pas

³⁹ Bruno Latour illustre ce travail de la science à travers le transport d'échantillons de la forêt

problème en soi, il ne faut pas oublier le chemin parcouru au risque d'en faire une « boîte noire », que plus personne ne questionne. Le résultat se présente alors comme une « donnée » réelle et non comme une construction scientifique, un « obtenu » (Latour 2005).

Pour ce qui nous intéresse, le danger de cette simplification du social est d'en faire une donnée décontextualisée du patient, d'en faire une chose inconsistante et hors de toute réalité. Si l'épidémiologie sociale montre les inégalités sociales de santé en tant que résultat, il n'est pas sûr que les catégories utilisées puissent l'être également dans la pratique clinique. Les catégories sociales étudiées de la sorte deviennent uniformes, voire essentialisées : les CMU, les enseignants, les ouvriers, les pauvres, les fumeurs, etc. Elles deviennent pour le patient une identité qui lui est accolée. Les individus peuvent appartenir à plusieurs catégories, mais on ne les considère que par l'une d'elles à chaque fois, catégories qui se substituent à un individu complexe pour le représenter et les déterminer. Le médecin ne cherche pas ce que le patient a de singulier, mais au contraire ce qui est commun à tous ceux qui possèdent la même caractéristique sociale, aboutissant à des généralisations et parfois de la stigmatisation.

En outre, la démonstration de l'épidémiologie tient plus de la relation statistique que de la causalité directe. Elle cherche plus à prévoir qu'à comprendre un phénomène. Cette logique fonctionne bien avec un effet de masse et la santé publique s'en accommode bien. D'autant plus que cette dernière est liée à l'action politique, friande de prévisions statistiques. Dans une relation individuelle comme celle de la médecine générale, le risque se doit d'être individualisé et l'approche statistique est moins parlante, pour le patient comme pour le médecin. Si les médecins utilisent des scores évaluant le risque cardiovasculaire, ce n'est pas le cas pour l'appartenance à des catégories sociales dont le sur-risque pour la santé est démontré par l'épidémiologie. La question des « facteurs de risque » sociaux est beaucoup moins diffusée. Seuls les comportements « à risque » sont pris en compte par les médecins (alcool, tabac, sédentarité, etc.) mais sans qu'un lien avec le social ne soit mis en avant. Pour eux, il s'agit plutôt d'un domaine lié à l'individu et à la psychologie. On assiste même à des formes de psychologisation du social pour le rendre

amazonienne dans un laboratoire où les premiers « représentent » la seconde. « Dans la forêt, à même le monde, avec les arbres entiers, les plantes, les racines, le sol, les vers et tout le saint-frusquin, la botaniste ne pourrait pas étaler tranquillement cette patience, ce puzzle sur sa table de jeu. Assise confortablement, elle y voit d'autres configurations, invisibles jusqu'ici, puisque jamais ces feuilles, éparses dans le temps comme dans l'espace, n'auraient pu se rencontrer sans elle et n'auraient pu, sans elle, redistribuer les traits par de nouvelles combinaisons. [...] En perdant la forêt, on gagne le savoir sur elle » (Latour 1993a, p. 184).

plus adapté à une pratique jugée comme scientifique par le médecin. Les médecins généralistes sont plus à l'aise avec une causalité en « boule de billard » : un événement, social ou non, étant la cause d'un problème de santé.

Dans cette logique, le fait que le facteur de risque étudié soit biologique, social ou comportemental a peu d'importance. C'est la démarche épidémiologique, et son mécanisme scientifique, qui est commune plus que la nature du risque. Plutôt que de biologisation, on devrait plutôt parler d'épidémiologisation du social, comme on pourrait le faire pour le biologique d'ailleurs. On peut en effet mettre en parallèle cette démarche de simplification de la réalité avec celle utilisée dans l'évaluation de la thérapeutique et des médicaments. Les essais randomisés contrôlés en double aveugle, nouvelles normes de l'essai clinique, suivent en effet le même chemin. « Les essais ne doivent rien à la biologie, ils ne sont que l'application de méthodes statistiques dans le champ de la médecine, comme on pourrait les appliquer dans d'autres domaines » (Pignarre 2003, p. 64). Ils aboutissent à la création de populations standardisées et homogènes qui n'existent pas pour le praticien, et leur rationalité basée sur la corrélation plus que sur la démonstration logique n'est pas en synergie avec celle du clinicien. L'appréhension des patients à partir de catégories, aussi diverses soient-elles, uniformise les individus plus qu'elle ne les singularise. Et il n'est pas possible pour la science d'établir des protocoles scientifiques démontrés pour chacun d'eux. Or la médecine se veut répondre de façon individuelle à chacun.

Un social subjectivé

Si elle veut apporter une réponse adaptée à chaque situation, la médecine doit considérer le patient dans sa singularité. Celle-ci implique à la fois le caractère non-substituable d'une personne par une autre et l'indivisibilité de la personne (à la fois dans une "découpe" par organe, mais aussi par une séparation du biologique, du psychologique et du social) (Ricœur 1996). Ce caractère non-reproductible des patients conduit à travailler en situation d'incertitude. C'est en cela que la médecine est une profession prudentielle. La consultation de médecine générale se transforme ainsi en la rencontre entre deux individus. « Pourtant, si vous vous installez dans un coin de la pièce et prêtez attention aux paroles échangées, vous comprenez vite qu'il se passe autre chose. Les deux personnages visibles n'agissent pas seuls. Ils sont reliés à une kyrielle d'autres

acteurs » (Mol 2006, p. 121). Chaque individu est en effet le fruit d'une construction sociale et, si on ne peut le réduire à une somme de catégories sociales, il appartient à *des* collectifs. On ne part pas d'une catégorie essentialisée, mais de l'individu en tenant compte de ses appartenances singulières. Cependant, parler de social « subjectivé » ne doit pas non plus être compris comme la recherche d'une identité essentialisée du sujet. Il s'agit bien d'une construction de l'individu par sa socialisation, et non la recherche d'une cohérence profonde ou d'une authenticité du sujet. Il faudrait plutôt parler d'un bricolage, d'une mosaïque, constituant « l'épaisseur des vies sociales » (Kehr 2011).

Cette vision de la relation médecin-patient rejoint celle, véhiculée par les institutions de la médecine générale, d'une approche « globale » du patient « dans son environnement ». On observe cependant que ces dernières en font plus un vœu pieu qu'une description pratique : nous avons vu que ce n'est pas la seule manière de comprendre le social pour le médecin et, même dans les textes théoriques, on dérive vite vers d'autres perception de celui-ci. Il existe plusieurs raisons à cette volonté de promotion d'une médecine globale prenant en compte le patient dans son individualité. La première est la recherche d'une spécificité de la médecine générale ayant pour but de la différencier, en tant que spécialité, des autres disciplines médicales. L'organisation de la profession joue également avec, comme l'a décrit Freidson, un exercice libéral sous la dépendance du patient au sein d'un colloque singulier, conforté par une place de premier recours au contact direct de la vision profane. La médecine générale reste fortement marquée par les valeurs de la charte de la médecine libérale prônant notamment le libre choix du médecin par le patient. Pour autant, ce même contexte d'exercice porte aussi des freins à cette pratique globale. Le paiement à l'acte peut favoriser une dérive consumériste, visant plus à faire du chiffre qu'à prendre le temps de rencontrer le patient, et le choix de poursuivre une relation est autant du fait du patient que du professionnel qui, lui aussi, choisit sa patientèle.

Toutes choses qui font que, à partir de l'observation actuelle des médecins généralistes, on peut douter de la réalité d'une spécialité ayant une « vision globale » du patient. À travers l'enseignement dispensé, le CNGE et les médecins généralistes enseignants cherchent à rendre cette vision performative afin de la faire exister auprès des jeunes générations⁴⁰. Cependant, les médecins installés depuis plus de dix ans n'ont pas eu de

⁴⁰ Il faut même relativiser cette transmission. Du point de vue des étudiants, le discours d'enseignants qui militent pour une médecine générale forte dans sa spécificité (la « MG pride ») n'est pas toujours bien reçu, sur le fond et comme sur la forme (Bloy 2010a).

formation spécifique en ce sens. Combiné à un isolement des professionnels et à la faiblesse de la formation continue, cela aboutit à des pratiques variables d'un médecin à l'autre. La description de cette approche « globale » tant souhaitée par les représentants de la médecine générale n'implique pas sa diffusion chez tous les médecins et dans toutes les consultations, loin de là, ni en théorie ni en pratique.

Dans une « logique du soin », telle que développée par Annemarie Mol, les collectifs auxquels le patient est rattaché sont à envisager « comme des outils pour travailler » (Mol 2006, p. 128). C'est aussi l'avis de Géraldine Bloy qui qualifie de « très probante », « la démonstration de la pertinence d'une approche globale exigeante, capable d'articuler voire d'intégrer objectivation des signes et écoute de la subjectivité des expériences vécues » dans le cadre, il est vrai pédagogique, de consultations simulées (Bloy 2010a, p. 198). Il s'agit bien de se servir de la connaissance du patient pour parvenir à une amélioration du soin dispensé. Cela peut tout autant se comprendre par l'accès à une meilleure connaissance du patient et de son environnement, que par une meilleure relation dans une logique de don et contre-don telle que décrite par Paul Fustier. C'est ce qu'avait exprimé Nicolas, relatant sa rencontre avec une patiente lui en ayant dit « plus que ce qu'elle aurait pu dire », permettant de plus « avancer » dans la consultation. La science précédente vient même au secours de cette conception en termes de résultats puisque des études statistiques ont montré que, quand médecin et patient ont une bonne relation, l'efficacité est accrue d'un point de vue qualitatif et quantitatif. « Une meilleure communication dans la relation médecin-consultant améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients ; elle améliore également leur satisfaction ainsi que celle des médecins. En outre, une plus grande participation des patients aux décisions médicales qui les concernent diminue leur anxiété et améliore leur santé » (Fournier et Kerzanet 2007, p. 414). Reste à définir dans ce cas ce qu'est une bonne communication.

Cette enquête montre que tous les médecins ne font pas les mêmes regroupements et n'utilisent pas les mêmes catégories. On retrouve néanmoins des traits communs, liés à des étapes communes de socialisation. De plus, des catégorisations préexistent à la rencontre médecin-patient et elles sont une manière de voir le monde qui influe sur le soin. La santé publique et l'épidémiologie sociale peuvent être une source de ces classifications, les catégories administratives de l'assurance maladie en sont une autre, tout comme on peut considérer que la taxonomie des pathologies est, elle aussi, pourvoyeuse de collectifs : les hypertendus, les dépressifs, les diabétiques, etc. Une liste exhaustive est impossible à

constituer à la fois du fait de leur quantité et de leur labilité. La catégorie des enseignants est, par exemple, retrouvée chez nombre de médecins comme une population avec laquelle la relation est particulière. Si l'on en croit Paul, cela a pu leur être transmis au cours de leur formation, puisqu'il explique que la catégorie des « MGEN » lui a été léguée par un professeur au moment de ses études, avec celles des journalistes et des paramédicaux. Il a ainsi appris à s'en méfier et à les considérer comme des « pinailleurs ».

Chaque médecin crée aussi ses propres associations, avec lesquels il met en place des stratégies différentes de soin. Les entretiens en ont donné quelques illustrations. Paul distingue ainsi « différentes classes de patients » pour chacune desquelles « il faut s'adapter ». Les « jeunes », avec qui il aime pratiquer une éducation populaire sur le fonctionnement du corps ; les « immigrés », qui parlent mal français et nécessitent une adaptation de l'examen clinique aux croyances religieuses ; et les « anciens » du quartier avec lesquels c'est plus facile du fait d'une certaine « culture médicale » permettant des explications plus approfondies. Magali quant à elle, a créé la catégorie des « subisseurs », définis comme des personnes investissant peu dans leur vie comme dans les consultations, à qui elle essaye « quand même » de donner des conseils, mais sans trop se faire d'illusions.

L'appartenance à un même collectif, ou la connaissance commune d'un collectif, crée du lien entre le patient et le médecin, pouvant amener à une meilleure relation, utile dans le soin. Là aussi, quelques exemples ont été donnés précédemment. Pour rappel, on peut évoquer Simone et les patients noirs de peau ou catholiques qu'elle décrit comme « plus à l'aise » du fait de leur similitude avec elle et qui s'expriment de façon nouvelle ; cela peut aussi passer par des éléments plus anodins comme faire partie du collectif des lecteurs de la revue *Ciel et espace*, Paul racontant que ce détail a rendu « plus ouvert » un patient toxicomane ; ou encore par des expériences de vie commune telles que se sentir soi-même un « cas-social », ainsi que l'a formulé Anne-Élise. Chaque individu appartenant à une multitude de collectifs, il peut y avoir des confrontations entre eux, modifiant également la perception du médecin et la relation de soin. Arnaud non plus n'apprécie pas trop les enseignants dans leur ensemble, mais il peut avoir des liens communs avec certains d'entre eux, qui sont autant de collectifs partagés : « Après j'ai des enseignants super qui sont mes anciens profs, alors on se tutoie ou on se vouvoie, et voilà. Il y a des exceptions qui confirment la règle. »

À l'inverse certaines catégories semblent inaccessibles au médecin, car trop éloignées de lui et de ce qu'il sait voir et nommer. On l'a vu avec Anne-Élise qui parle d'une patiente

« intouchable » dont elle ne sait « rien de sa vie » alors qu'elle décrit d'autres patients de façon assez précise. On peut aussi approcher cette idée avec l'explication de Magali concernant la focalisation des médecins sur les instituteurs. Ces derniers appartiennent à une profession « facile à identifier » à la différence du « mec qui travaille chez But, ou le mec qui travaille chez machin... ceux-là tu arrives pas trop à les caser, tu sais pas trop ce qu'ils font, tu comprends même pas trop leur travail... Du coup tu arrives pas à dire telle catégorie de patient c'est comme ça. » Encore ici, on sent bien toute la subjectivité du médecin cherchant à comprendre son patient en fonction de sa propre place. La socialisation du médecin, autant que son expérience, ont donc une importance cruciale dans une pratique prudentielle de la médecine. Or ceci est singulièrement absent du discours de la médecine générale militant pour une approche « globale » du seul patient. Les médecins renvoient ainsi le social vers ce dernier, le voyant comme un être subjectif et contextuel. Mais eux-mêmes ne se pensent comme tels, ils se considèrent plutôt du côté de la science, de la neutralité et de l'universalité.

Selon ce point de vue, le social fait partie de la construction de l'individu, au même titre que le biologique. La nature des collectifs utilisés peut varier : administrative, sociale, pathologique, biologique, génétique, etc. et des hybrides peuvent en naître. Cette nature n'a aucune espèce d'importance en pratique, du moment que le collectif est utilisé comme levier de l'action. Il s'agit en effet de soutenir le patient dans ses démarches de soin et cela peut demander au médecin de s'y intéresser et d'agir de façon très diverses. Il n'y a donc pas de séparation du médical, entendu comme ce que fait le médecin, et du social. Faire de la médecine peut se traduire par faire des photocopies si cela contribue au soin du patient. Cela peut aussi consister à créer ou modifier des collectifs afin que le patient se pense autrement. En cela, travailler sur les collectifs, c'est aussi agir sur l'identité du patient et cela ne peut se faire que dans un dialogue avec lui.

Cette démarche est exigeante, tant pour le médecin que pour le patient. Pour les premiers, cela demande un investissement en temps et en énergie pour connaître le patient et les associations de collectifs dont il fait partie. Un moyen qui s'est manifesté dans cette étude pour rencontrer l'Autre est de le voir dans son environnement, c'est-à-dire en visite. Un patient vu dans le cabinet médical est rendu « neutre » par le cadre professionnel qui est celui du médecin et de la science. Sûrement moins qu'à l'hôpital et ses tenues réglementaires tant du médecin que du patient qui rendent anonymes les individus, mais tout de même. La plupart des médecins décrivent des situations que l'on

pourrait qualifier d'exotiques pour eux et qui, tout en les mettant parfois mal à l'aise, peuvent changer leur vision du patient. S'ils s'accordent sur ce point, les mêmes mettent en avant des difficultés ou inconvénients matériels et de confort. Quelles que soient les raisons, bonnes ou mauvaises, de la diminution du nombre de visites, cela aboutit encore un peu plus à une disparition de la connaissance du social.

Un point tout aussi délicat est celui de la participation du patient à ces soins et à cette démarche, puisque pour Annemarie Mol, « les pratiques de soin de santé reposent sur des patients actifs » (Mol 2006, p. 143). D'une part, il n'est pas possible pour le médecin de soigner des patients qui ne viennent pas le voir. Cela est en particulier vrai dans le système français où le praticien n'est pas responsable d'un bassin de population mais des seuls patients qui l'ont choisi. D'autre part, il est nécessaire, pour le médecin, que le patient soit actif s'il veut le rencontrer plus qu'à travers le seul examen clinique. Le risque est sinon de n'en rester qu'à ce que dit le patient, à ses demandes directes. Or nous avons vu que l'activité du patient durant la consultation est liée à son statut social. La non-compréhension entre les acteurs est d'autant plus grande qu'il existe une distance sociale importante entre eux, que le social du patient reste inatteignable au médecin et inversement. Un paradoxe est donc que c'est avec les patients les moins actifs que les médecins vont au plus court également. On retrouve au niveau de l'interaction ce que Julian Hart décrivait au niveau de l'organisation des soins comme « *the inverse care law* » : « *the availability of good medical care tends to vary inversely with the need of the population served* » (Hart 1971, p. 412). Il lie cette loi à celle du marché et on ne peut que faire le lien avec l'aspect libéral de l'activité de médecin généraliste : le fait que le médecin soit davantage responsable devant le patient que devant la société tend à le faire agir dans une logique de réponse à une demande et à éviter la recherche de complications.

Un social normatif

Une pratique prudentielle de la médecine générale est fondée sur l'acceptation et la prise en compte de la singularité du patient ainsi que de l'incertitude qui y est liée. On oublie souvent qu'à cette singularité, le médecin répond par sa propre subjectivité. Et qu'à cette dernière, correspond une vision du monde comportant ses normes et ses limites de ce qui est agréable, normal, acceptable, pénible ou intolérable. Quelle que soit l'attitude du médecin et la conscience qu'il a de ses appartenances et de celles du patient, le social joue

sur ce qu'est l'individu et influe sur la relation médecin-patient. Tous les médecins n'attendent pas le même type de relation et tous ne définissent pas complètement de la même manière le bon et le mauvais patient, avec toutes les nuances que l'on peut imaginer. La relation médecin-patient est donc aussi une relation morale, liée à ce qu'est la normalité pour chacun des acteurs. Le social du patient est reçu et interprété par le médecin au prisme de ses propres normes. Cette vision morale est inévitable si l'on considère le soin comme une pratique prudentielle. La question est celle de la place des acteurs et des modalités de définition du bon soin.

Il existe, là encore, des points communs qui peuvent être considérés comme des normes de la profession. La première et probablement la plus importante du point de vue des médecins est l'autonomie. En tant que professionnels, ils refusent d'être de simples effecteurs. Cette revendication peut se comprendre à la fois comme corporatiste, afin de conserver les privilèges liés à leur statut, mais aussi comme nécessaire à la réalisation de l'activité prudentielle. Quoi qu'il en soit, les médecins jugent anormal qu'un patient mette en cause cette prérogative tant sur l'organisation du cabinet que sur le déroulement de la consultation. Cela est encore renforcé par le statut libéral de la profession et une activité souvent isolée des médecins généralistes leur conférant une légitimité à faire « ce que tu veux, dans la limite de tes compétences et [...] dans la limite de ce que tu *veux* faire » comme la rapporte Alain. Cette autonomie se rapproche parfois d'une forme d'autorité liée au statut social quand le médecin impose sa manière de faire ou qu'il refuse de suivre un patient qui la conteste.

Cette autonomie revendiquée se fonde sur la possession d'un savoir médical, appris au cours d'études spécifiques. Si plusieurs médecins acceptent une forme de discussion et de négociation sur la conduite la plus adaptée, tous supportent mal la mise en cause de leur savoir ou la mise en concurrence avec celui du patient, supposé profane et moins informé que le professionnel. Les médecins acceptent, voire recherchent, un patient actif mais à la condition qu'ils mènent la discussion et le sollicitent. Le patient est en droit et a même le devoir de présenter son problème de manière intelligible pour le médecin. Ils acceptent beaucoup moins que le patient affirme des éléments de solution sans y être invité, et encore moins que cela prenne la forme d'ordres. On peut faire le parallèle avec ce que dit Mary Goss des relations entre médecins : « les médecins ont tendance à donner aux avis non sollicités le sens d'une critique de leur compétence professionnelle » (Goss 1961,

p. 274). Cette comparaison prend toute sa valeur si l'on considère le patient comme un partenaire dans l'élaboration du bon soin.

On peut lire de la même manière le rapport entre droit et charité. Les médecins supportent mal la revendication d'un droit par le patient, même légitime, alors qu'ils aiment donner des avantages quand ils en ont la maîtrise. Cette forme de charité trouve son origine dans l'histoire de la profession, mais peut aussi se comprendre comme une relation de pouvoir dans le paradigme du don. Tant que c'est le médecin qui donne, il conserve l'autorité sur un patient qui lui devient redevable. Si cet échange de don et contre-don peut trouver une certaine légitimité dans la relation médecin-patient comme nous avons pu le voir, des abus sont aussi visibles quand il s'agit d'asseoir une autorité fondée sur le statut social.

Dans cette logique de réseau de collectifs, agir pour la santé du patient peut correspondre à travailler ses appartenances et donc son identité. On comprend ainsi que l'attitude du médecin en pareil cas est prépondérante. Il peut adopter une attitude autoritaire, prescrivant au patient la direction à prendre selon sa propre vision du monde, ou construire avec lui de nouvelles normes lui appartenant. Pour sa part, le patient peut recevoir cette attitude de diverses manières également. Les attitudes de ces deux acteurs sont alors déterminantes.

Plusieurs praticiens ont affirmé se concevoir comme « plus que médecin » : comme un « parrain », un « conseiller », un « ami », un « papa », etc. Ces conceptions du rôle ont des mises en pratique diverses. Pour Arnaud, on peut parfois parler d'injonction au changement, voire de chantage quand il s'agit de donner de l'argent en contrepartie d'un discours. Il le fait, dit-il, tout en prenant garde de ne pas « humilier », ce qui témoigne du poids normatif de ses propos. Pour d'autres, comme Élisabeth, ce sont des conseils sur ce qui semble la meilleure solution. Paul donne quant à lui l'exemple d'une proposition discrète, à prendre ou à laisser, avec son dépôt de livres pour enfants dans la salle d'attente. Cette recherche de changement du patient, dépassant le seul aspect sanitaire, est permise par le statut social de médecin, et l'« aura de respect » qui l'accompagne, pour reprendre les termes d'Élisabeth. Freidson parle lui de « sagesse pour comprendre la vie et la nature humaine » dont le médecin s'auto-gratifie. Ce dernier se donne ainsi un rôle d'entrepreneur de morale, non seulement par son diagnostic mais aussi par ses conseils au-delà des questions sanitaires.

Cependant, d'autres posent la question de la légitimité de ces actions, comme Bruno qui met en avant des « choix de vie » faits par les patients et le respect nécessaire de ces libertés. On peut en effet penser que ce que le médecin perçoit comme une anormalité peut être vu par le patient comme une autre culture, dépendant d'un autre goût, que cela concerne ou non la santé. Nous avons abordé cette question par l'alimentation et la bonne façon de manger, mais on pourrait tout aussi bien parler du tabac et de la valorisation que certaines personnes et catégories sociales confèrent à cette pratique. Les patients peuvent adopter face à ces normes, des profils de réactions différents que l'on peut lier au statut social des uns et des autres. Il est plus difficile de confronter constructivement ses points de vue respectifs quand la distance sociale est importante et qu'elle instaure une hiérarchie, le médecin étant la plupart du temps dans un statut supérieur à celui de ses patients. Dominique Memmi (2003) décrit ainsi des conflits plus fréquents avec des patients du bas de la hiérarchie sociale, dans des formes d'évitement, alors que les différends sont plus directs avec les patients des catégories sociales supérieures. Le dialogue est plus facile avec les patients appartenant aux mêmes collectifs, comme cela a été dit précédemment, et l'on retrouve l'aspect relatif des positions sociales entre le patient et le médecin. Non seulement la distance sociale nuit à la compréhension entre les acteurs mais elle déplace aussi la discussion sur le terrain moral.

3. NAVIGUER DANS LE SOCIAL ET SES INÉGALITÉS

À chaque type d'appréhension du social ne correspond pas nécessairement un médecin. Chaque professionnel fait appel à l'un ou l'autre de ces modèles selon les moments et selon les patients. Ainsi, les patients les plus pauvres sont les plus susceptibles de produire un social nuisible étant donné que ce sont les plus concernés par ce phénomène. L'action des médecins en ce domaine varie d'un praticien à l'autre et ce qui est considéré comme du « sale boulot » par l'un peut correspondre à une activité ordinaire pour un autre. Il existe une variabilité importante dans ce que le médecin juge normal de faire, ce qu'il fait à contrecœur, ce qu'il refuse de faire et renvoie éventuellement vers d'autres professionnels ou ce qu'il ne voit même pas. Certains, comme Paul, aident les patients dans leurs démarches administratives de façon « naturelle » et sous-entendent ainsi que cela fait partie du travail, d'une prise en compte globale du patient. D'autres, comme Carine, le font mais soulignent que ce ne devrait pas être leur rôle, ou passent la main aux assistantes sociales,

tout en se plaignant que cette anormalité du patient complique leur travail. Enfin quelques-uns ne voient même pas qu'une difficulté peut apparaître pour le patient et ne prennent pas certaines données sociales en considération, jugeant que cela sort de l'objet « médical », scientifique, du travail de médecin. C'est ce que fait (ou plutôt ne fait pas) Bruno avec les mutuelles, qui « s'en fout royalement » : cela ne fait pas partie de son monde et de sa vision de ce qu'est la médecine.

Tout se passe comme si les praticiens naviguaient entre deux pôles. D'un côté des médecins du « médical », militant pour une spécialité scientifique, voire scientifique, et d'un autre des médecins de la « prudence », pour qui le patient est avant tout un individu unique et indivisible, avec la dérive de considérer que tout est médical. Cette typologie se rapproche de celle de Géraldine Bloy (2008) qui décrit la médecine générale comme une spécialité faisant « l'expérience de l'incertitude » dans deux domaines, celui de la référence aux savoirs scientifiques et celui de la considération des plaintes profanes. Encore une fois, si l'on peut disposer en moyenne les médecins interrogés sur un tel axe allant de la science à la prudence, leurs comportements peuvent naviguer sur celui-ci au gré des patients et des situations.

Le premier pôle, scientifique et technique, est lié à un savoir spécialisé appris à la faculté ou dans des ouvrages, et prolongé par les recommandations de bonne pratique. Il est ensuite appliqué au patient dans le but de le soigner conformément aux données validées de la science. Ce pôle se rapproche du modèle fonctionnaliste décrit par Parsons. La médecine est certes une activité sociale, comme toute activité humaine, mais elle l'est par son rôle dans la société, sa place d'expert de la santé. Le contenu est d'abord guidé par la science et non par les singularités du patient. Dans ce monde, les caractéristiques sociales du patient peuvent avoir deux places différentes. Il est soit nuisible en ce qu'il gêne cette pratique et vient désorganiser l'application des connaissances, soit il y est intégré en tant que faisant partie de la connaissance scientifique, comme variable agissant sur la santé.

Dans le premier cas, la lutte contre les inégalités sociales de santé passe par des actions ciblées sur les populations spécifiques qui présentent des obstacles sociaux à la prise en charge biomédicale. Elle vise en particulier à améliorer l'accès aux soins dans toutes ses dimensions. On retrouve ici une grande partie de l'action politique de ces dernières années en France. Le problème est que ce faisant on oublie qu'il existe un gradient social intéressant l'ensemble de la société et non la seule frange des plus démunis. De la place du médecin généraliste cette action oscille entre « sale boulot » pour les uns et charité pour

les autres, conférant à ce social un statut spécifique tendant à rabaisser l'individu qui en est porteur dans une stigmatisation ou une dépendance au bon vouloir du praticien dont il est ensuite redevable.

Dans le second cas, le social n'est plus spécifique de la pauvreté. Il est un facteur de risque plus fréquent dans les populations les plus pauvres, expliquant les inégalités sociales de santé et compatible avec le gradient social s'il est distribué de façon régulière. Ce social peut prendre des aspects très divers du moment que l'on trouve un moyen de le mesurer et d'en calculer le risque pour la santé. Le médecin a alors pour objectif d'identifier ces patients à risque et d'agir en conséquence pour diminuer ce risque du social sur la santé. Cette manière de concevoir est largement inspirée par l'épidémiologie et la santé publique. Elle a tendance à concevoir les inégalités sociales de santé comme un problème technique. Il y a alors nécessité de multiplier les indicateurs afin d'avoir une meilleure connaissance du problème et d'y trouver des solutions après des expérimentations dûment réalisées. Les praticiens pourront ensuite les appliquer aux cas incriminés. Le sujet n'est pas considéré en tant qu'individu singulier mais à travers une somme de caractéristiques plus ou moins favorables pour la santé.

Dans ce pôle, les inégalités sociales de santé sont envisagées en termes de résultats, ce qui a l'avantage de pouvoir mener à une évaluation des pratiques. Pourraient ainsi être mis en place un état des lieux des inégalités en médecine générale, puis des protocoles formalisés afin de lutter contre les inégalités sociales de santé, dont il serait ensuite possible d'évaluer la pertinence à partir d'indicateurs. Le paiement à la performance aurait dans ce cas une place de choix incitant les médecins généralistes à prendre ces inégalités en considérations. Mais cela pose bien évidemment la question de ce que l'on évalue et de la pertinence du reflet de la pratique obtenue (Bloy et Rigal 2012). D'autant plus que ces évaluations influencent ensuite les pratiques par adaptation et recherche d'une bonne note, surtout si elles sont la source d'un financement (Champy 2009). La médecine comme les inégalités de santé ne peuvent être réduits à cet aspect scientifique quantitatif et limiter l'évaluation à de tels indicateurs revient à favoriser une vision parcellaire et nécessairement fautive si on la considère comme seule objective et donc suffisante. Il est indispensable de prendre en compte l'autre pôle de l'activité médicale.

Le second pôle ne s'attache pas à distinguer, dans le médical, ce qui est de l'ordre du biologique ou du social. Le patient est vu comme une entité et, en ce sens, l'action médicale peut tout autant chercher à s'appuyer sur une modification du biologique que du

social afin d'améliorer la santé. Dans ce cas, une difficulté gît dans le nécessaire adossement de cette pratique à la singularité des deux acteurs et à ce que Carlo Ginzburg qualifie de connaissance « anthropocentrique et ethnocentrique ». La pratique dépend du médecin en tant qu'individu et de sa propre vision du monde. Il identifie et analyse les caractéristiques sociales du patient à partir de ses propres normes, aboutissant à une moralisation du social. Ce risque est d'autant plus grand que les médecins sont peu formés aux sciences sociales. De plus la frontière est fragile entre ce qui est de l'ordre de la santé et ce qui est en dehors. Celle-ci pouvant avoir une définition extensive, presque tout peut être vu comme la concernant. Ainsi, le médecin voit son champ de compétence s'élargir, de même que la légitimité de son action. On peut alors se poser la question d'un double risque. Celui d'une médicalisation du social, ce dernier devenant *aussi* de la compétence du médecin. Et celui d'un risque de dérive de l'autonomie du médecin à définir seul ce qui est de son ressort. Il se retrouve alors dans une position de sage avec un pouvoir d'influence étendu, d'autant plus que le patient a peu de ressources à lui opposer. Un débat démocratique est alors sans doute nécessaire pour fixer les contours de la profession médicale.

Dans cette situation, la lutte contre les inégalités sociales de santé se fait à partir des ressources du patient. Si cela est un avantage dans le sens d'un travail sur les collectifs que le patient souhaite mobiliser, ce dernier est grandement mis à contribution. Or l'activité du patient durant la consultation est tributaire de son statut social. Le risque est alors de favoriser un bon soin chez les personnes les plus en demande, qui ne sont pas celles qui en ont le plus besoin au regard des résultats épidémiologiques. Cela demande de la part du médecin la recherche d'une participation du patient dans une logique de soin, une démarche d'*empowerment*. On observe en effet trop souvent, un médecin qui se cache derrière le manque de participation du patient pour justifier sa propre négligence, son faible investissement, alors que ce manque d'échange peut être lié à une différence de statut social (Fainzang 2006). Le risque est donc de promouvoir une approche subjective qui comporterait, par facilité, une cécité au social le plus éloigné (une forme de *social blind*) et un médecin qui n'apporterait un bon soin qu'à son semblable. Le patient se retrouve alors dans une situation d'injonction à la participation et de responsabilité de son état en cas d'échec puisque l'on pourrait lui reprocher son manque d'investissement et d'autonomie. Cette responsabilité de l'individu concernant sa santé donne une légitimité aux inégalités. On en revient alors au débat sur le libre choix des comportements individuels contre le déterminisme de l'« habitus physique » décrit par Luc Boltanski. Et

cela pose la question du rôle de médecin et du bon soin. Le médecin est-il là pour aider le patient à faire le meilleur choix en fonction de ses préférences et des données de la science, ou doit-il accompagner le patient au-delà d'un choix dans la production de ses propres normes ? Nous avons vu que les médecins ne donnent pas tous la même réponse à cette question. Si des indicateurs renvoyant à des résultats ne suffisent pas à décrire ni les inégalités sociales de santé, ni l'activité des médecins, ils peuvent questionner les dérives d'une pratique fondée uniquement sur les procédures. C'est aussi par une recherche d'égalité des résultats que l'on se rend compte que les chances ne sont pas égales.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACS	Aide pour une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'État
ARS	Agence régionale de santé
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CMG	Collège de la médecine générale
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP	École des hautes études en santé publique
ESPS	Enquête santé protection sociale (réalisée par l'IRDES)
FCU	Frottis cervico-utérin
Fonds CMU	Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPST (loi)	Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
HTA	Hypertension artérielle
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
NHS	<i>National Health Service</i> (Royaume-Uni)

OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONS	<i>Office for National Statistics</i> (Royaume-Uni)
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCS	Professions et catégories socioprofessionnelles
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>

INDEX DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Principaux déterminants de la santé.....	69
Illustration 2 : Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé.....	70
Illustration 3 : Spectre d'action des inégalités de santé.....	100
Illustration 4 : Mortalité de la tuberculose entre 1841 et 1971 en Angleterre et au Pays de Galles.....	124
Illustration 5 : Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité.....	149
Illustration 6 : Taux de recours et de renoncement aux soins selon l'accès à la complémentaire santé.....	149
Illustration 7 : Proportion de personnes sans couverture complémentaire santé selon le niveau de revenu du ménage.....	150
Illustration 8 : Indice de dépenses de santé, à structures d'âge et de sexe identiques, selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence.....	160
Illustration 9 : Odds ratios du recours aux soins selon le niveau de revenu en France des personnes âgées de 50 ans et plus.....	161
Illustration 10 : Effet d'une intervention de type populationnelle sur l'exposition au risque. Transfert homogène selon l'hypothèse de Rose (en haut) et déformation avec concentration des risques (en bas).....	169
Illustration 11 : Vue générale du dossier d'une patiente.....	197
Illustration 12 : Vue d'une consultation du dossier d'une patiente.....	198

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Liste des groupes socioprofessionnels en 2003.....	73
Tableau 2 : The National Statistics Socio-economic Classification en 2010.....	74
Tableau 3 : Objectifs « Précarité et inégalités » de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.....	113
Tableau 4 : Estimation du taux de refus imputable à la CMU-C par catégorie de professionnels.....	153

BIBLIOGRAPHIE

- ABALLEA Pierre, BARTOLI Fabienne, ESLOUS Laurence et YENI Isabelle, 2007, *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Paris, Inspection générale des affaires sociales.
- AÏACH Pierre, 2004, « Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale », *Santé, Société et Solidarité*, 2004, vol. 3, n° 2, p. 39-47.
- AÏACH Pierre, 2000, « De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques » dans Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang (eds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 83-91.
- AÏACH Pierre, 1997, « La santé et ses inégalités », *Esprit*, février 1997, n° 229, p. 63-71.
- AÏACH Pierre et FASSIN Didier, 2004, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien*, décembre 2004, vol. 54, n° 20, p. 2221-2227.
- ALBERGANTI Michel, BERTHOZ Alain, DAMIER Philippe et VITTE-BLANCHARD Isabelle, 2014, « Comment prenons-nous nos décisions ? », *Science publique*, France Culture, 25 avril 2014.
- ALLONIER Caroline, GUILLAUME Stéphanie et SERMET Catherine, 2007, « De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France », *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, juin 2007, n° 123.
- ALVAREZ-DARDET Carlos et RUIZ Maria Teresa, 1993, « Thomas McKeown and Archibald Cochrane : a journey through the diffusion of their ideas », *British Medical Journal*, mai 1993, vol. 306, n° 6887, p. 1252-1254.
- ARBORIO Anne-Marie et FOURNIER Pierre, 1999, *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, Paris, Nathan Université.
- ARNSPERGER Christian et PARIJS Philippe VAN, 2003, *Éthique économique et sociale*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Repères »).
- AZRIA Élie, 2012, « L'humain face à la standardisation du soin médical », *La Vie des idées*, 26 juin 2012, disponible sur <http://www.laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation.html>.
- BAERTSCHI Bernard, 2002, « Justice et santé. Chacun doit-il recevoir des soins en proportion de ses besoins ? », *Revue de Métaphysique et de Morale*, mars 2002, n° 1, p. 83-101.
- BARLET Muriel, BELLAMY Vanessa, GUILLAUMAT-TAILLIET François et JAKOUBOVITCH Steve, 2011, « Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? », *Revue française des affaires sociales*, 2011, n° 2-3, p. 123-155.

- BASZANGER Isabelle, 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, vol. 27, n° 1, p. 3-27.
- BAUER Susanne, 2011, « Appréhender le social dans la recherche épidémiologique. Vers une politique des associations statistiques ? » dans Joëlle Vailly, Janina Kehr et Jörg Niewöhner (eds.), *De la vie biologique à la vie sociale : approches sociologiques et anthropologiques*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 298-327.
- BEACH Mary Catherine, GARY Tiffany L., PRICE Eboni G., ROBINSON Karen, GOZU Aysegul, PALACIO Ana, SMARTH Carole, JENCKES Mollie, FEUERSTEIN Carolyn, BASS Eric B., POWE Neil R. et COOPER Lisa A., 2006, « Improving health care quality for racial/ethnic minorities : a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions », *BMC Public Health*, avril 2006, vol. 6, n° 104.
- BECKER Howard S., 2009, « À la recherche des règles de la recherche qualitative », *La Vie des idées*, traduit par Jacques Mailhos, 30 avril 2009, disponible sur <http://www.laviedesidees.fr/A-la-recherche-des-regles-de-la.html>.
- BECKER Howard S., 2007, *Comment parler de la société : artistes, écrivains, chercheurs et représentations sociales*, traduit par Christine Merllié-Young, Paris, Éditions La Découverte (2009) (coll. « Repères »).
- BECKER Howard S., 2006, *Le travail sociologique. Méthode et substance*, traduit par Marc-Henry Soulet, Diane Baechler et Stéphanie Emery Haenni, Fribourg, Academic Press Fribourg, 460 p.
- BECKER Howard S., 1998, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, traduit par Jacques Mailhos, Paris, Éditions La Découverte (2002) (coll. « Repères »).
- BECKER Howard S., 1963, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, traduit par Jean-Michel Chapoulie et Jean-Pierre Briand, Paris, A.-M. Métailié (1985).
- BECK François, LEGLEYE Stéphane, MAILLOCHON Florence et PERETTI Gaël DE, 2008, « Le rôle du milieu social dans l'usage des substances psychoactives des hommes et des femmes » dans *Femmes et Hommes : regards sur la parité*, Paris, INSEE.
- BENAMOUZIG Daniel, 2010, « Système de santé » dans Didier Fassin et Boris Hauray (eds.), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Hors collection Sciences Humaines »), p. 317-328.
- BERTHOD-WURMSER Marianne, 2000, « Programmes de recherche et débat public sur les inégalités de santé : la France est-elle en retrait ? » dans Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang (eds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 69-80.
- BÉZY Olivier, 2009, « La santé c'est la vie dans le silence des organes », *La Revue lacanienne*, 2009, vol. 3, n° 1, p. 47-50.

- BIROUSTE Guilhem, 2009, *Les déterminants de la consultation en médecine générale : analyse sociologique à partir de 190 observations*, Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Université Montpellier 1, Montpellier.
- BLACK Douglas et WORKING GROUP ON INEQUALITIES IN HEALTH, 1980, *Inequalities in Health : the Black Report*, London, Department of Health and Social Security.
- BLOY Géraldine, 2010a, « L'identité de la médecine générale au prisme des consultations simulées » dans Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer (eds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Métiers Santé Social »), p. 189-203.
- BLOY Géraldine, 2010b, « La constitution paradoxale d'un groupe professionnel » dans Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer (eds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Métiers Santé Social »), p. 23-40.
- BLOY Géraldine, 2008, « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences Sociales et Santé*, 2008, vol. 26, n° 1, p. 67-89.
- BLOY Géraldine et RIGAL Laurent, 2012, « Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique », *Sociologie du Travail*, octobre 2012, vol. 54, n° 4, p. 433-456.
- BOISGUÉRIN Bénédicte et HAURY Brigitte, 2008, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Études et résultats (DREES)*, juillet 2008, n° 645.
- BOLTANSKI Luc, 2014, « Croissance des inégalités, effacement des classes sociales ? » dans François Dubet (ed.), *Inégalités et justice sociale*, Paris, la Découverte (coll. « Recherches »), p. 25-47.
- BOLTANSKI Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, vol. 26, n° 1, p. 205-233.
- BOURDELAIS Patrice, 2000, « L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne » dans Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang (eds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 27-39.
- BOURDIEU Pierre et PASSERON Jean-Claude, 1970, *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- BOURDIEU Pierre et SAINT-MARTIN Monique DE, 1976, « Anatomie du goût », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1976, vol. 2, n° 5, p. 2-81.
- BOURDILLON François, MOSNIER Anne et GODARD Jean, 2008, « Des missions de santé publique pour les médecins généralistes », *Santé Publique*, 2008, vol. 20, n° 5, p. 489-500.
- BOURGUEIL Yann, JUSOT Florence, LELEU Henri et AIR PROJECT, 2012, « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature », *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, septembre 2012, n° 179.

- BRÉCHAT Pierre-Henri et LEBAS Jacques, 2012, *Innover contre les inégalités de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- BREUIL-GENIER Pascale et GOFFETTE Céline, 2006, « La durée des séances des médecins généralistes », *Études et résultats (DREES)*, avril 2006, n° 481.
- BRIATTE François, 2009, « L'histoire politique des inégalités de santé en France et en Angleterre », *Chantiers politiques*, 2009, n° 7.
- BRIOT Maryvonne, 2006, *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*, Paris, Assemblée Nationale & Sénat.
- BUFFON Georges-Louis Leclerc, 1799, *Histoire naturelle de Buffon, réduite à ce qu'elle contient de plus instructif et de plus intéressant. Tome 3*, Paris, Hacquart, disponible sur <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k10412379>.
- BURDILLAT Martine, 2009, « Les nouvelles questions posées à la démographie médicale », *Regards croisés sur l'économie*, 2009, vol. 5, n° 1, p. 74-85.
- BUSCAIL Sandrine, 2008, « Le Yalta syndical autour de la médecine générale », *Les Tribunes de la santé*, 2008, vol. 1, n° 18, p. 57-68.
- BUTON François et PIERRU Frédéric, 2012, « Les dépolitisations de la santé », *Les Tribunes de la santé*, 2012, vol. 1, n° 34, p. 51-70.
- CAILLÉ Alain, 1991, « Nature du don archaïque », *Revue du MAUSS*, 1991, n° 12, p. 51-78.
- CAMBOIS Emmanuelle, LABORDE Caroline et ROBINE Jean-Marie, 2008, « La “double peine” des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et sociétés*, janvier 2008, n° 441.
- CAMBOIS Emmanuelle et ROBINE Jean-Marie, 2001, « Apport des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé », *Santé Publique*, juin 2001, vol. 13, n° 2, p. 137-149.
- CARCENAC Yves et LIOUVILLE Évelyne, 2001, *Première évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU). Tome 1*, Paris, Inspection générale des affaires sociales.
- CASANOVA Ludovic, 2012, *Connaissance des critères socio-économiques des patients par leur médecin traitant*, Nice, Congrès de la médecine générale France 2012.
- CEFAÏ Daniel, 2006, « Une perspective pragmatiste sur l'enquête de terrain » dans Pierre Paillé (ed.), *La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain*, Paris, Armand Colin, p. 33-62.
- CÉLANT Nicolas, GUILLAUME Stéphanie et ROCHEREAU Thierry, 2014, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*, Paris, IRDES.
- CHADELAT Jean-François, 2006, *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, Paris, FRANCE. Ministère de la santé et des solidarités.

Bibliographie

- CHAMPY Florent, 2009, *La sociologie des professions*, 2^e édition, Paris, Presses universitaires de France.
- CHAN CHEE C., BEGASSAT M. et KOVASS V., 2005, « Les facteurs associés au dépistage des cancers du col utérin dans une population mutualiste », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, février 2005, vol. 53, n° 1, p. 69-75.
- CHANIAL Philippe, 2008, « Donner aux pauvres » dans Philippe Chaniel (ed.), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « TAP/Bibliothèque du MAUSS »), p. 272-305.
- CHA Olivier et LEBAS Jacques, 2012, « Médecine générale et précarité » dans Pierre-Henri Bréchat et Jacques Lebas (eds.), *Innover contre les inégalités de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 119-133.
- CHENU Alain, 2000, « Le repérage de la situation sociale » dans Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang (eds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 93-107.
- CMG, 2014, *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?*, Paris, Collège de la médecine générale.
- CNGE, 2012, *Historique du CNGE*, disponible sur http://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/, 14 mai 2012, consulté le 12 décembre 2013.
- CNGE, 2009a, *Communiqué de presse. Le Collège national des généralistes enseignants ne recommande pas l'utilisation systématique de médicaments antiviraux en cas de suspicion de grippe A/H1N1 2009*, Montreuil sous Bois, Collège national des généralistes enseignants.
- CNGE, 2009b, *Médecine générale*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson (coll. « Abrégés »).
- CNGE, POUCHAIN Denis, ATTALI Claude, BUTLER Jean DE, CLÉMENT Guy, GAY Bernard, MOLINA Joëlle, OLOMBEL Patrick et ROUY Jean-Loup, 1996, *Médecine générale. Concepts & pratiques à l'usage des étudiants, des enseignants et des praticiens de la discipline*, Paris, Masson.
- CNOM, 2012a, *Commentaires du code de déontologie médicale*, Paris, Ordre national des médecins.
- CNOM, 2012b, *Serment d'Hippocrate*, disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>, 5 janvier 2012, consulté le 13 juin 2014.
- CNOM, 2005, *Questions sur l'informatisation des dossiers médicaux, le partage et l'hébergement des données*, Paris, Ordre national des médecins.
- COHEN-SCALI Jonathan, 2014, *La maladie chronique comme recomposition du social. Diabète, malades, experts*, Thèse de science politique, Université Montpellier I, Montpellier.

- COHN-ZANCHETTA Emmanuelle et MIDY Fabienne, 2010, *Évaluation des médicaments antihypertenseurs et place dans la stratégie thérapeutique*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé.
- COUFFINHAL Agnès, DOURGNON Paul, GEOFFARD Pierre-Yves, GRIGNON Michel, JUSOT Florence, LAVIS John, NAUDIN Florence et POLTON Dominique, 2005a, « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé », *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, février 2005, n° 92.
- COUFFINHAL Agnès, DOURGNON Paul, GEOFFARD Pierre-Yves, GRIGNON Michel, JUSOT Florence, LAVIS John, NAUDIN Florence et POLTON Dominique, 2005b, « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes », *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, février 2005, n° 93.
- COUFFINHAL Agnès, DOURGNON Paul et TUBEUF Sandy, 2004, « Outils de mesure des inégalités de santé : quelques débats d'actualité », *Santé, Société et Solidarité*, 2004, vol. 3, n° 2, p. 163-171.
- CRESSON Geneviève, 1995, *Le travail domestique de la santé. Analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »).
- DAHLGREN Göran et WHITEHEAD Margaret, 1991, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm, Institute for Future Studies.
- DANIELS Norman, 2009, « L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé », *Raisons politiques*, 30 juin 2009, n° 34, n° 2, p. 9-29.
- DECLERCK Patrick, 2001, *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon (2006) (coll. « Pocket »).
- DESPLANQUES Guy, 1973, « A 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 ans seulement », *Économie et Statistique*, 1973, vol. 49, n° 1, p. 3-19.
- DESPRÈS Caroline, 2012, *Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique*, Paris, DREES (coll. « Série Études et Recherche »).
- DESPRÈS Caroline, 2010, « La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires », *Pratiques et Organisation des Soins*, janvier 2010, vol. 41, n° 1, p. 33-43.
- DESPRÈS Caroline, DOURGNON Paul, FANTIN Romain et JUSOT Florence, 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, novembre 2011, n° 170.
- DESPRÈS Caroline, GUILLAUME Stéphanie et COURALET Pierre-Emmanuel, 2009, *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*, Paris, IRDES.

Bibliographie

- DESPRÈS Caroline et NAIDITCH Michel, 2006, *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne*, Paris, Fonds CMU.
- DESPRÈS Caroline, RENAUD Thomas, COLDEFY Magali, LUCAS-GABRIELLI Véronique, DELY Raphaël et WIECHERT Marion, 2012, *Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre*, Paris, IRDES.
- DHOS, 2004, *Fiche de synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANAES, GRÉS Médiation*, Paris, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
- DIRECTION DE L'ÉVALUATION, DE LA PROSPECTIVE ET DE LA PERFORMANCE, 2013, *Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche*, Paris, FRANCE. Ministère de l'Éducation nationale et Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.
- DODIER Nicolas et CAMUS Agnès, 1997, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, 1997, vol. 65, n° 1, p. 109-119.
- DOOLEY Thomas, 1964, *Le Journal du Docteur Tom Dooley*, traduit par Franz Weyergans, Paris, Casterman.
- DOUGLAS Mary, 1967, *De la souillure. Études sur la notion de pollution et de tabou*, traduit par Anne Guérin et Luc De Heusch, Paris, Éditions La Découverte (1992).
- DOURGNON Paul, JUSOT Florence et FANTIN Romain, 2012, « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie publique*, 20 décembre 2012, n° 28-29, p. 123-147.
- DREES, 2011, *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011*, Paris, FRANCE. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
- DRULHE Marcel, 2000, « Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat ? » dans Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang (eds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 41-51.
- DUBET François, 2010, *Les places et les chances. Repenser la justice sociale*, Paris, Éditions du Seuil/La République des Idées, 119 p.
- DUBET François, 1994, *Sociologie de l'expérience*, Paris, Éditions du Seuil (coll. « La couleur des idées »), 272 p.
- DUFOUR-KIPPELEN Sandrine, LEGAL Anne et WITTEWER Jérôme, 2006, *Comprendre les causes du non recours à la CMUC*, Paris, Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé.

- DUMONS Bruno, 1995, « Catholicisme français et État-providence (1880-1950) », *Lien social et Politiques*, 1995, n° 33, p. 77-88.
- DURKHEIM Émile, 1897, *Le suicide étude de sociologie*, Paris, Presses universitaires de France (1991) (coll. « Quadrige »).
- DURU-BELLAT Marie, 2009, *Le mérite contre la justice*, Paris, Presses de Sciences Po.
- ELBAUM Mireille, 2007, « Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, février 2007, vol. 55, n° 1, p. 47-54.
- FAINZANG Sylvie, 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses universitaires de France.
- FALCOFF Hector, 2010, « Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? » dans Louise Potvin, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones (eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES (coll. « Santé en action »), p. 195-208.
- FALCOFF Hector, FLORES Patrick, RIGAL Laurent, BACHIMONT Janine, LIBERALOTTO Nora, RINGA Virginie, SAURÈLE-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, MONCADE Olivier, RIBAUD Fanny, MARCHAL Audrey, DEMONGEOT Aurélie et ASKEVIS Michel, 2008, *Facteurs limitant la mise en œuvre des recommandations de prévention en médecine générale. Enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes franciliens et de leurs patients*, Villejuif, INSERM U149/CERMES.
- FASSIN Didier, 2011, « Des politiques de la vie à l'éthique de la survie. La pensée tragique à l'épreuve du sida » dans Joëlle Vailly, Janina Kehr et Jörg Niewöhner (eds.), *De la vie biologique à la vie sociale : approches sociologiques et anthropologiques*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 29-50.
- FASSIN Didier, 2008, « Les impensés des inégalités sociales de santé » dans Christophe Niewiadomski et Pierre Aïach (eds.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé : politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Recherche, santé, social »), p. 21-28.
- FASSIN Didier, 2004, « Les lois de l'inégalité », *Mouvements*, 2004, vol. 32, n° 2, p. 83.
- FASSIN Didier, 2003, « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, septembre 2003, vol. 51, n° 4, p. 403-414.
- FASSIN Didier, 2001, « Charité bien ordonnée. Principes de justice et pratiques de jugement dans l'attribution des aides d'urgence », *Revue française de sociologie*, 2001, vol. 42, n° 3, p. 437-475.
- FLAJOLET André, 2008, *Peut-on réduire les disparités de santé ?*, Paris, FRANCE. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

Bibliographie

- FLORES Patrick et FALCOFF Hector, 2004, « Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé? », *La revue du praticien*, décembre 2004, vol. 54, n° 20, p. 2263-2270.
- FONDS CMU, 2013a, *Annuaire statistique*, Paris, Fonds CMU.
- FONDS CMU, 2013b, *CMU complémentaire*, disponible sur <http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>, 2013, consulté le 30 août 2013.
- FONDS CMU, 2013c, *Aide pour une complémentaire santé (ACS)*, disponible sur <http://www.cmu.fr/acs.php>, 2013, consulté le 30 août 2013.
- FONDS CMU, 2011, *Évaluation de la Loi CMU. Rapport n°V*, Paris, Fonds CMU.
- FONTAINE Laurence, 2010, « La justice sociale selon Amartya Sen », *Esprit*, octobre 2010, n° 10, p. 145-154.
- FOURCADE Nathalie, GONZALEZ Lucie, REY Sylvie et HUSSON Marie, 2013, « La santé des femmes en France », *Études et résultats (DREES)*, mars 2013, n° 834.
- FOURNIER Cécile et KERZANET Sandra, 2007, « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature », *Santé Publique*, 2007, vol. 19, n° 5, p. 413-425.
- FRANC Carine et PIERRE Aurélie, 2013, « Restes à charge en ambulatoire et accès aux soins », *La Lettre du Collège des économistes de la santé*, mars 2013, n° 1, p. 2-6.
- FREIDSON Eliot, 1970, *La Profession médicale*, traduit par Andrée Lyotard-May et Catherine Malamoud, Paris, Payot (1984) (coll. « Médecine et sociétés »).
- FRÉROT Laurence, FUR Philippe LE, PAPE Annick LE et SERMET Catherine, 1999, *L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique*, Paris, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES).
- FRIEDMAN Meyer et ROSENMAN Ray H., 1959, « Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease », *Journal of the American Medical Association*, mars 1959, vol. 169, n° 12, p. 1286-1296.
- FROHLICH Katherine L. et POTVIN Louise, 2008, « Transcending the Known in Public Health Practice. The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations », *American Journal of Public Health*, février 2008, vol. 98, n° 2, p. 216-221.
- FUSTIER Paul, 2008, « Du travail social : la part du don » dans Philippe Chanial (ed.), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « TAP/Bibliothèque du MAUSS »), p. 321-331.
- GADÉA Charles et GRELON André, 2010, « Est-ce ainsi que les professions meurent ? » dans Didier Demazière et Charles Gadéa (eds.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 118-128.

- GARNERO Marguerite et PALUD Vincent LE, 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires », *Études et résultats (DREES)*, avril 2013, n° 837.
- GAUDEMARI Régis DE, LANG Thierry, CHATELLIER Gilles, LARABI Lynda, LAUWERS-CANCÈS Valérie, MAÎTRE Anne et DIÈNE Éloi, 2002, « Socioeconomic Inequalities in Hypertension Prevalence and Care », *Hypertension*, juin 2002, vol. 39, n° 6, p. 1119-1125.
- GAUDIN Florence, 2011, *Communiqué de presse. Indépendance de l'expertise : la Haute Autorité de Santé tient ses engagements*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé.
- GINZBURG Carlo, 1980, « Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, 1980, n° 6, p. 3-44.
- GNASSOUNOU Bruno, 2001, « À partir de John Rawls, la querelle de l'utilitarisme et de l'anti-utilitarisme. Libéraux, libertariens et communautariens américains » dans Alain Caillé, Christian Lazzeri et Michel Senellart (eds.), *Histoire raisonnée de la philosophie morale et politique*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Hors collection Sciences Humaines »), p. 708-720.
- GODARD Jean, 2009, « La médecine générale, la prévention et la santé publique », *Santé Publique*, 2009, vol. 21, n° 6, p. 613-614.
- GODBOUT Jacques, 1992, *L'esprit du don*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Textes à l'appui »), 345 p.
- GOSS Mary, 1961, « Relations d'autorité et d'influence entre médecins dans une consultation » dans Claudine Herzlich (ed.), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton (1970), p. 263-280.
- GRIGNON Claude et GRIGNON Christiane, 1980, « Styles d'alimentation et goûts populaires », *Revue française de sociologie*, octobre 1980, vol. 21, n° 4, p. 531-569.
- GRIGNON Michel, COUFFINHAL Agnès, DOURGNON Paul, JUSOT Florence et NAUDIN Florence, 2004, *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*, Paris, IRDES.
- GUICHARD Anne et POTVIN Louise, 2010, « Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? » dans Louise Potvin, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones (eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES (coll. « Santé en action »), p. 35-51.
- GUTHMULLER Sophie, JUSOT Florence et WITTEWER Jérôme, 2011, « Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille », *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, février 2011, n° 162.
- HART Julian T., 1971, « The Inverse Care Law », *The Lancet*, février 1971, vol. 297, n° 7696, p. 405-412.
- HAS, 2010, *État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé.

Bibliographie

- HAS, 2007a, *Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Recommandations*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé.
- HAS, 2007b, *Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Argumentaire*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé.
- HAS, 2005a, *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Recommandations*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé.
- HAS, 2005b, *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Argumentaire*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé.
- HAS, 2002a, *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé.
- HAS, 2002b, *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Argumentaire*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé.
- HASSENFEL Patrick, 2010, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes » dans Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer (eds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Métiers Santé Social »), p. 403-418.
- HASSENFEL Patrick, 2008, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, 2008, vol. 1, n° 18, p. 21-28.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2002, *La santé des Français : 3^e bilan*, Paris, Éditions La Découverte.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1998, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique (coll. « Avis et rapports »), 349 p.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1994, *La Santé en France : rapport général*, Paris, Haut comité de la santé publique.
- HAXAIRE Claudie, GENEST Philippe et BAIL Philippe, 2010, « Pratiques et savoirs pratiques des médecins généralistes face à la souffrance psychique » dans Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer (eds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Métiers Santé Social »), p. 133-146.
- HCAAM, 2013, *La généralisation de la couverture complémentaire en santé*, Paris, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.
- HCSP, 2013, *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*, Paris, Haut conseil de la santé publique (coll. « Documents »).
- HCSP, 2009a, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Paris, FRANCE. Ministère de la santé et des sports.
- HCSP, 2009b, *Rapport d'activité 2008*, Paris, Haut conseil de la santé publique.

- HERITAGE John et MAYNARD Douglas W., 2006, « Problems and Prospects in the Study of Physician–Patient Interaction : 30 Years of Research », *Annual Review of Sociology*, janvier 2006, vol. 32, p. 351-374.
- HERZLICH Claudine, 2003, « La santé et le social », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, septembre 2003, vol. 51, n° 4, p. 377-380.
- HERZLICH Claudine, 1992, *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- HEYDEN Johan VAN DER, GISLE Lydia, DEMAREST Stefaan, DRIESKENS Sabine, HESSE Edith et TAFFOREAU Jean, 2010, *Santé subjective. Enquête de santé par interview*, Bruxelles, SPF Économie (Belgian Federal Government).
- HOGGART Richard, 1957, *La culture du pauvre*, Paris, Les Éditions de Minuit (1970) (coll. « Le Sens commun »).
- HUGHES Everett C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales »).
- ILLICH Ivan, 1975, *Némésis médicale : L'expropriation de la santé*, Paris, Éditions du Seuil (coll. « Techno-critique »).
- INPES et CMG, 2014, *Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale*, Paris, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé & Collège de la médecine générale (coll. « Repères pour votre pratique »).
- INSEE, 2003, *Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles*, Paris, Institut national de la statistique et des études économiques.
- INTERMÈDE, 2008, *L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité*, Paris, DREES-Mire, INSERM, DGS, InVS, INCa, CANAM.
- IRDES, 2013, *Données de cadrage. Démographie et activité des professions de santé : les visites*, disponible sur <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Visites.htm>, avril 2013, consulté le 13 mai 2014.
- IRDES, 2012, *Programme de recherche 2010-2013*, Paris, Institut de recherche en économie de la santé.
- JADDO, 2011, *Juste après dresseuse d'ours. Les histoires brutes et non romancées d'une jeune généraliste*, Paris, Fleuve noir.
- JADDO, 2009, *Beyrouth*, disponible sur <http://www.jaddo.fr/2009/09/26/beyrouth/>, 26 septembre 2009, consulté le 12 septembre 2013.
- JUSOT Florence, 2013, « Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, août 2013, vol. 61, Supplément 3, p. S163-S169.

Bibliographie

- JUSOT Florence, 2010, « Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe » dans Louise Potvin, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones (eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES (coll. « Santé en action »), p. 73-88.
- KAUFMANN Jean-Claude, 2007, *L'entretien compréhensif*, 2^e édition refondue, Paris, Armand Colin (coll. « 128. L'Enquête et ses méthodes »).
- KEHR Janina, 2011, « L'épaisseur des vies sociales. À propos du dépistage de la tuberculose » dans *De la vie biologique à la vie sociale : approches sociologiques et anthropologiques*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 268-297.
- KOCHANEK Kenneth D., MAURER Jeffrey D. et ROSENBERG Harry M., 1994, « Why Did Black Life Expectancy Decline from 1984 through 1989 in the United States? », *American Journal of Public Health*, juin 1994, vol. 84, n° 6, p. 938-944.
- LAHIRE Bernard, 2013, *Dans les plis singuliers du social. Individus, institutions, socialisations*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Laboratoire des sciences sociales »), 173 p.
- LAHIRE Bernard, 2002, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Nathan (coll. « Collection Essais & recherches »), 431 p.
- LAHIRE Bernard, 1998, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan (coll. « Collection Essais & recherches »), 271 p.
- LAHIRE Bernard, 1990, « Sociologie des pratiques d'écriture. Contribution à l'analyse du lien entre le social et le langagier », *Ethnologie française*, juillet 1990, vol. 20, n° 3, p. 262-273.
- LALONDE Marc, 1981, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail*, Ottawa, CANADA. Ministère de la santé nationale et du bien-être social.
- LAMBERT Jacques, 2004, « Hygiène » dans Dominique Lecourt (ed.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Quadrige »), p. 604-609.
- LANCRY Pierre-Jean, 2007, *Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale*, Bagnolet, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole.
- LANG Thierry, DUCIMETIÈRE P., ARVEILER D., AMOUYEL P., CAMBOU J. P., RUIDAVETS J. B., MONTAYE M., MEYER V. et BINGHAM A., 1997, « Incidence, case fatality, risk factors of acute coronary heart disease and occupational categories in men aged 30-59 in France », *International Journal of Epidemiology*, janvier 1997, vol. 26, n° 1, p. 47-57.
- LANG Thierry et DUCIMETIÈRE Pierre, 1995, « Premature Cardiovascular Mortality in France: Divergent Evolution between Social Categories from 1970 to 1990 », *International Journal of Epidemiology*, janvier 1995, vol. 24, n° 2, p. 331-339.
- LANG Thierry, JUSOT Florence, VISIER Laurent, MENVIELLE Gwenn et LOMBRAIL Pierre, 2012, « Réduire la consommation de tabac : comment prendre en compte les inégalités sociales de santé ? », *Actualité et dossier en santé publique (HCSP)*, décembre 2012, n° 81, p. 44-46.

- LANG Thierry et LECLERC Annette, 2010, « Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique » dans Louise Potvin, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones (eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES (coll. « Santé en action »), p. 62-72.
- LANOË Jean-Louis et MAKDESSI-RAYNAUD Yara, 2005, « L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé », *Études et résultats (DREES)*, octobre 2005, n° 436.
- LARCHER Pierre, 2010, « L'intervention française sur les inégalités sociales de santé : une histoire et des enjeux » dans Louise Potvin, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones (eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES (coll. « Santé en action »), p. 89-97.
- LATOUR Bruno, 2005, *Changer de société, refaire de la sociologie*, traduit par Nicolas Guilhot, Paris, Éditions La Découverte (2007) (coll. « Poche »).
- LATOUR Bruno, 1993a, *Petites leçons de sociologies des sciences*, Paris, Éditions La Découverte (2006) (coll. « Poche »).
- LATOUR Bruno, 1993b, « Les cornéliens dilemmes d'une ceinture de sécurité » dans *Petites leçons de sociologies des sciences*, Paris, Éditions La Découverte (2006) (coll. « Poche »), p. 25-32.
- LATOUR Bruno, 1991, *Nous n'avons jamais été modernes : essai d'anthropologie symétrique*, Paris, Éditions La Découverte (1997) (coll. « Poche »).
- LECARPENTIER Mariana et LHUILIER Dominique, 2012, « Précarité, santé et soins : une perspective psychosociologique » dans Pierre-Henri Bréchat et Jacques Lebas (eds.), *Innover contre les inégalités de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 23-37.
- LECLERC Annette et CHASTANG Jean-François, 2000, « Quantifier les inégalités » dans Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang (eds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 109-121.
- LECLERC Annette, CHASTANG Jean-François, MENVIELLE Gwenn et LUCE Danièle, 2006, « Socioeconomic inequalities in premature mortality in France : Have they widened in recent decades ? », *Social Science & Medicine*, avril 2006, vol. 62, n° 8, p. 2035-2045.
- LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique et LANG Thierry, 2000, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »).
- LECLERC Annette, KAMINSKI Monique et LANG Thierry, 2008, *Inégaux face à la santé : du constat à l'action*, Paris, Éditions La Découverte/INSERM.
- LECLERC Bernard-Simon, 2005, « L'épidémiologie contemporaine en crise de paradigme », *Ruptures*, 2005, vol. 10, n° 2, p. 178-198.

Bibliographie

- LEGROS Michel, BAUER Denise, GOYAUX Nathalie et GROUPE DE TRAVAIL « SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS », 2012, *Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, Paris, FRANCE. Ministère des affaires sociales et de la santé.
- LEROUX Isabelle et MORIN Thomas, 2006, « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », *Études et résultats (DREES)*, décembre 2006, n° 545.
- LEVASSEUR Gwénola et SCHWEYER François-Xavier, 2003, « La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine », *Santé Publique*, 2003, vol. 15, n° 2, p. 203.
- LITTRÉ Émile, 1839, *Œuvres complètes d'Hippocrate. Tome 4*, Paris, J.-B. Baillière, disponible sur <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k62706777>.
- LOMRAIL Pierre, 2007, « Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, février 2007, vol. 55, n° 1, p. 23-30.
- LOMRAIL Pierre et PASCAL Jean, 2005, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, 2005, vol. 3, n° 8, p. 31-39.
- LOMRAIL Pierre, PASCAL Jean et LANG Thierry, 2004, « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », *Santé, Société et Solidarité*, 2004, vol. 3, n° 2, p. 61-71.
- LOVELL Anne, 2000, « Les troubles mentaux » dans Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang (eds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Recherches »), p. 251-266.
- MACÉ Éric, 2006, « Ne pas quantifier, ne pas nommer. L'impossible lutte contre les discriminations dans les programmes de la télévision française » dans Nacira Guénif-Souilamas (ed.), *La République mise à nu par son immigration*, Paris, La Fabrique Éditions.
- MACKENBACH Johan P., 2012, « The persistence of health inequalities in modern welfare states : The explanation of a paradox », *Social Science & Medicine*, août 2012, vol. 75, n° 4, p. 761-769.
- MACKENBACH Johan P., 1996, « The contribution of medical care to mortality decline : McKeown revisited », *Journal of Clinical Epidemiology*, novembre 1996, vol. 49, n° 11, p. 1207-1213.
- MASSIN Sophie, PARAPONARIS Alain, BERNHARD Marion, VERGER Pierre, CAVILLON Marie, MIKOL Fanny et VENTELOU Bruno, 2014, « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », *Études et résultats (DREES)*, février 2014, n° 873.
- MAUSS Marcel, 1924, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, Presses universitaires de France (2007) (coll. « Quadrige »).
- MCKEOWN Thomas, 1976, *The role of medicine : dream, mirage, or nemesis ?*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

- MÉDECINS DU MONDE, 2012, *Observatoire de l'accès aux soins*, disponible sur <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins>, octobre 2012, consulté le 3 septembre 2013.
- MEMMI Dominique, 2003, *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Textes à l'appui »).
- MENVIELLE Gwenn, CHASTANG Jean-François, LUCE Danièle et LECLERC Annette, 2007, « Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, avril 2007, vol. 55, n° 2, p. 97-105.
- MENVIELLE Gwenn, LUCE Danièle, GEOFFROY-PEREZ Béatrice, CHASTANG Jean-François et LECLERC Annette, 2005, « Social inequalities and cancer mortality in France, 1975-1990 », *Cancer Causes & Control*, juin 2005, vol. 16, n° 5, p. 501-513.
- MÉRIAUX Irène et ERNST Ségolène, 2013, *Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution ?*, Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Aix-Marseille Université, Marseille, 242 p.
- MG FRANCE, 2013, « Actes du colloque "Les inégalités sociales de santé, un défi pour la médecine générale" », Paris.
- MICHEAU Julie et MOLIÈRE Éric, 2010, *Activité et emplois du temps des médecins libéraux*, Paris, DREES (coll. « Série Études et Recherche »).
- MISSION ÉVALUATION DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DES MÉTIERS DE LA SANTÉ ET CNGE, 2009, *Référentiel métier et compétences des médecins généralistes*, Paris, FRANCE. Ministère de la santé et des sports.
- MOL Annemarie, 2006, *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, traduit par Monique Debauche, Paris, Presses des Mines (2009) (coll. « Sciences sociales »).
- MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise et SCOTTON Claire, 2011, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, Paris, Inspection générale des affaires sociales.
- MORMICHE Pierre, 1986, « Consommation médicale : les disparités sociales n'ont pas disparu », *Économie et Statistique*, 1986, vol. 189, n° 1, p. 19-38.
- NACHBAUR Carole, 2006, *La visite à domicile est-elle justifiée ? Enquête visite à domicile 2005*, Paris, Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île-de-France.
- NICOLAS Guy, 1995, « Le nouveau Code de déontologie », *Actualité et dossier en santé publique (HCSP)*, décembre 1995, n° 13.
- NORMAN Donald, 1993, « Les artefacts cognitifs » dans *Les objets dans l'action. De la maison au laboratoire*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (coll. « Raisons pratiques »), p. 15-34.

Bibliographie

- NYE Robert A., 2006, « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, janvier 2006, vol. 214, n° 1, p. 19-36.
- OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE, 2012, *Rapport 2011*, Paris, Médecins du monde.
- OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE, 2003, *Rapport 2002*, Paris, Médecins du monde.
- OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS, 2010, *The National Statistics Socio-economic Classification*, disponible sur <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/classifications/current-standard-classifications/soc2010/soc2010-volume-3-ns-sec--rebased-on-soc2010--user-manual/index.html>, 23 juin 2010, consulté le 30 juillet 2013.
- OMS, 2013, *La Commission des déterminants sociaux de la santé – 2005-2008*, disponible sur http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/fr/index.html, 2013, consulté le 9 août 2013.
- OMS, 2009, *Documents fondamentaux. Quarante-septième édition*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS et COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, 2009, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS et CONFÉRENCE MONDIALE SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, 2011, *Comblent le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OR Zeynep, JUSOT Florence et YILMAZ Engin, 2009, « Inégalités de recours aux soins en Europe. Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », *Revue économique*, mars 2009, vol. 60, n° 2, p. 521-543.
- PARAPONARIS Alain, 2007, *La médecine générale face à ses nouvelles missions de santé publique*, Rennes, École Nationale de la Santé Publique.
- PARIZOT Isabelle, 1998, « Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires » dans Jacques Lebas et Pierre Chauvin (eds.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion (coll. « Médecine-Sciences »), p. 33-43.
- PARSONS Talcott, 1955, *Éléments pour une sociologie de l'action*, traduit par François Bourricaud, Paris, Plon.
- PARSONS Talcott, 1951, « Social Structure and Dynamic Process : The Case of Modern Medical Practice » dans *The Social System*, London, Routledge (1991), p. 288-322.

- PAUGAM Serge, 2013, « Les cycles de la solidarité envers les pauvres » dans Robert Castel et Nicolas Duvoux (eds.), *L'avenir de la solidarité*, Paris, Presses universitaires de France/laviedesidées.fr, p. 23-41.
- PAUGAM Serge, 1996, « La constitution d'un paradigme » dans Serge Paugam (ed.), *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Textes à l'appui »), p. 7-19.
- PAUGAM Serge et DUVOUX Nicolas, 2008, *La régulation des pauvres*, Paris, Presses universitaires de France.
- PERETTI-WATEL Patrick, 2004, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, mars 2004, vol. 45, n° 1, p. 103-132.
- PERETTI-WATEL Patrick et MOATTI Jean-Paul, 2009, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Éditions du Seuil/La République des Idées.
- PERRONNIN Marc, PIERRE Aurélie et ROCHEREAU Thierry, 2011, « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, janvier 2011, n° 161.
- PIGNARRE Philippe, 2003, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, Éditions La Découverte (2004) (coll. « Poche »).
- PIKETTY Thomas, 2013, *Le capital au XXI^e siècle*, Paris, Éditions du Seuil (coll. « Les livres du nouveau monde »).
- PINELL Patrice, 2009, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, juillet 2009, vol. 50, n° 2, p. 315-349.
- PINELL Patrice, 2004, « Spécialisation » dans *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Quadrige »), p. 1063-1069.
- POTVIN Louise, GINOT Luc et MOQUET Marie-José, 2010, « La réduction des inégalités : un objectif prioritaire des systèmes de santé » dans Louise Potvin, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones (eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES (coll. « Santé en action »), p. 52-61.
- POTVIN Louise, MOQUET Marie-José et JONES Catherine M., 2010, *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES (coll. « Santé en action »), 380 p.
- QUÉRÉ Louis, 2001, « La structure cognitive et normative de la confiance », *Réseaux*, août 2001, vol. 108, n° 4, p. 125-152.
- RAWLS John, 1971, *Théorie de la justice*, traduit par Catherine Audard, Paris, Éditions du Seuil (1987).
- RAYNAUD Denis, 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et résultats (DREES)*, février 2005, n° 378.

Bibliographie

- RENARD Didier, 1995, « Assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale française », *Genèses*, 1995, vol. 18, n° 1, p. 30-46.
- RICŒUR Paul, 1996, « Les trois niveaux du jugement médical. », *Esprit*, décembre 1996, n° 227, p. 21-33.
- RIVA Michele Augusto et CESANA Giancarlo, 2013, « The charity and the care: the origin and the evolution of hospitals », *European Journal of Internal Medicine*, janvier 2013, vol. 24, n° 1, p. 1-4.
- ROCHAIX Lise et TUBEUF Sandy, 2009, « Mesures de l'équité en santé », *Revue économique*, mars 2009, vol. 60, n° 2, p. 325-344.
- ROSANVALLON Pierre, 2014, « De l'égalité des chances à la société des égaux » dans François Dubet (ed.), *Inégalités et justice sociale*, Paris, la Découverte (coll. « Recherches »), p. 48-64.
- ROSANVALLON Pierre, 1998, *La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence*, Paris, Éditions du Seuil (coll. « Points »).
- ROSE Geoffrey, 1985, « Sick Individuals and Sick Populations », *International Journal of Epidemiology*, janvier 1985, vol. 14, n° 1, p. 32-38.
- ROSENBLATT Daniel et SUCHMAN Edward A., 1964, « Information et attitudes des travailleurs manuels envers la santé et la maladie » dans Claudine Herzlich (ed.), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton (1970), p. 49-61.
- ROUSSEAU Jean-Jacques, 1755, *Discours sur l'origine et les fondemens de l'inégalité parmi les hommes [sic]*, Amsterdam, Marc Michel Rey, disponible sur <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6240585m>.
- ROYER B., GUSTO G., VOL S., D'HOOR A., ARONDEL D., TICHET J. et LANTIERI O., 2010, « Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examen de santé », *Pratiques et Organisation des Soins*, octobre 2010, vol. 41, n° 4, p. 313-321.
- SACKETT David L., ROSENBERG William M., GRAY J. A., HAYNES R. B. et RICHARDSON W. S., 1996, « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », *British Medical Journal*, janvier 1996, vol. 312, n° 7023, p. 71-72.
- SAINT-LARY Olivier, PLU Isabelle et NAIDITCH Michel, 2011, « Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? », *Revue française des affaires sociales*, 2011, n° 2-3, p. 180-209.
- SARRADON-ECK Aline, 2010, « “Qui mieux que nous ?” Les ambivalences du généraliste-pivot du système de soins » dans Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer (eds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Métiers Santé Social »), p. 253-270.
- SCAMBLER Graham, 2012, « Health inequalities », *Sociology of Health & Illness*, janvier 2012, vol. 34, n° 1, p. 130-146.

- SCHNAPPER Dominique, 1996, « Intégration et exclusion dans les sociétés modernes » dans Serge Paugam (ed.), *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, Éditions La Découverte (coll. « Textes à l'appui »), p. 23-31.
- SCHWEYER François-Xavier, 2010, « Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale » dans Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer (eds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Métiers Santé Social »), p. 379-402.
- SEN Amartya, 2002, « Why health equity? », *Health Economics*, 2002, vol. 11, n° 8, p. 659-666.
- SEN Amartya, 1992, *Repenser l'inégalité*, traduit par Paul Chemla, Paris, Éditions du Seuil (2000) (coll. « L'Histoire immédiate »).
- SEN Amartya, 1991, « Quelle égalité ? » dans *Éthique et économie. Et autres essais*, traduit par Sophie Marnat, Paris, Presses universitaires de France (1993) (coll. « Philosophie morale »), p. 189-213.
- SIEURIN Audrey, CAMBOIS Emmanuelle et ROBINE Jean-Marie, 2011, *Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que dans le passé*, Paris, Institut national d'études démographiques.
- SIMMEL Georg, 1900, *Philosophie de l'argent*, Paris, Presses universitaires de France (1987) (coll. « Quadrige »).
- STRAUS Robert, 1957, « The Nature and Status of Medical Sociology », *American Sociological Review*, avril 1957, vol. 22, n° 2, p. 200-204.
- STRAUSS Anselm, 1992, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »).
- SZASZ Thomas et HOLLENDER Marc, 1956, « A contribution to the philosophy of medicine. The basic models of the doctor-patient relationship », *Archives of Internal Medicine*, mai 1956, vol. 97, n° 5, p. 585-592.
- TABUTEAU Didier, 2013, *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob, 290 p.
- TABUTEAU Didier, 2010, « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, avril 2010, vol. 1, n° 26, p. 103-121.
- TRANNOY Alain, 2009, « Inégalités de santé: le rôle des transmissions intergénérationnelles », *Économie publique*, décembre 2009, n° 24-25, p. 17-39.
- VALLIN Jacques et MESLÉ France, 2010, « Espérance de vie: peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ? », *Population et sociétés*, décembre 2010, n° 473.
- VANDERSCHULDEN Mélanie et ATTAL-TOUBERT Ketty, 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales », *Études et résultats (DREES)*, février 2009, n° 679.

Bibliographie

- VEDRENNE-VILLENEUVE Edmonde, 1961, « L'inégalité sociale devant la mort dans la première moitié du XIX^e siècle », *Population*, octobre 1961, vol. 16, n° 4, p. 665-698.
- VILLERMÉ Louis René, 1840, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie. Tome second*, Paris, J. Renouard, disponible sur <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b86268422>.
- VILLERMÉ Louis René, 1830, *De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris*, s.l., disponible sur <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k81421x>.
- VISIER Laurent, 2009, *Égalité et justice : une comparaison santé éducation*, Habilitation à diriger des recherches, Université Paris IV, Paris.
- WARIN Philippe, 2012, « Le non-recours aux droits », *SociologieS*, 15 novembre 2012, disponible sur <http://sociologies.revues.org/4103>.
- WARIN Philippe, 2010, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », *La Vie des idées*, 1 juin 2010, disponible sur <http://www.laviedesidees.fr/Qu-est-ce-que-le-non-recours-aux.html>.
- WEBER Florence et ZELIZER Viviana, 2006, « Viviana Zelizer, "l'argent social" », *Genèses*, décembre 2006, vol. 65, n° 4, p. 126-137.
- WHITEHEAD Margaret, 1998, « Diffusion of ideas on social inequalities in health : A European perspective », *Milbank Quarterly*, septembre 1998, vol. 76, n° 3, p. 469.
- WHITEHEAD Margaret, 1991, *Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé*, Copenhague, Organisation mondiale de la santé (Bureau régional de l'Europe).
- WIKIPEDIA, 2014, *Thomas Anthony Dooley III*, disponible sur https://en.wikipedia.org/wiki/Thomas_Anthony_Dooley_III, 2 août 2014, consulté le 19 août 2014.
- WILKINSON Richard, 2002, *L'inégalité nuit gravement à la santé : hiérarchie, santé et évolution*, traduit par Oristelle Bonis, Paris, Cassini (coll. « Le sel et le fer »).
- WONCA EUROPE, 2002, *La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille*, Ljubljana (Slovenia), WONCA Europe.
- ZBOROWSKI Mark, 1952, « Cultural Components in Responses to Pain », *Journal of Social Issues*, 1952, vol. 8, n° 4, p. 16-30.
- ZELIZER Viviana, 1994, *La signification sociale de l'argent*, traduit par Christian Cler, Paris, Éditions du Seuil (2005) (coll. « Liber »).
- ZOLA Irving Kenneth, 1966, « Culture et symptômes : analyse des plaintes du malade » dans Claudine Herzlich (ed.), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton (1970), p. 27-41.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le

Le Président de l'Université Montpellier 1
Philippe AUGÉ

La France est caractérisée par un bon état de santé global et d'importantes inégalités sociales de santé. Le renouveau d'intérêt pour ces dernières est l'occasion de questionner une définition univoque centrée sur les résultats au détriment des procédures, dans un pays qui a axé ses politiques de lutte sur le système de soins. La médecine générale y a une place particulière par son apparition récente en tant que spécialité universitaire et la nécessité de se définir qui s'ensuit. Elle est décrite tout à la fois comme pivot du système de soins, agent de santé publique ou chantre d'une relation inter-individuelle et d'une prise en charge globale. Si la médecine est fondée sur les données de la science, elle est aussi une profession prudentielle en ce qu'elle prend en compte des situations singulières, générant de l'incertitude dans la pratique. Parmi les sources de singularité, l'aspect social, tant du patient que du médecin, est à considérer. Dans sa pratique, ce dernier éprouve cependant une diversité de social. Tantôt obstacle à son activité professionnelle et vu comme extérieur au médical, tantôt élément apparenté aux données de la science par l'épidémiologie, il peut aussi être une brique de la construction individuelle du patient sur laquelle s'appuyer, conduisant parfois à une moralisation des conduites et des identités. Les caractéristiques sociales du médecin sont quant à elles souvent oubliées, comme s'il était neutre ou simple représentant de la science. C'est pourtant dans l'interaction entre ces deux mondes que se jouent aussi les inégalités sociales de santé et tout se passe comme si le médecin ne pouvait bien soigner que ses semblables.

MEDICAL USES OF SOCIAL. GENERAL PRACTICE AND INEQUALITIES

France is characterized by a good overall health status and high social inequalities in the health sector. The renewed interest in health inequalities is the opportunity to question a unique definition focused on results at the expense of processes, in a country where policies on tackling inequalities are based on the health care system. General practice has a particular position in this system, as a new academic speciality, which still needs to figure out how to define itself. It is described simultaneously as a health care system gatekeeper, a public health officer or an advocate for inter-individual relationship and holistic care. While medicine is based on scientific evidence, it is also a prudential profession as it considers singular situations, generating uncertainty in practice. Among singular sources, social characteristics of both patients and doctors have to be considered. However, in their practice, physicians experience a diversity of social. Sometimes a barrier to the professional activity and considered external to the medical world, sometimes considered as part of scientific evidences by epidemiology, it could also be considered as a component of the individual construction of the patient on which the physician can rely, with the potential to lead to a moralization of behaviours and identities. The physician's social characteristics are often omitted, as if doctors were neutral or mere representatives of science. It is however in the interaction between these two worlds that social determinants of health inequalities can be found, and it seems that a physician could only provide good care to patients sharing the same similarities.

Discipline : Science politique

Mots-clés : inégalités sociales de santé ; médecine générale ; profession médicale ; justice sociale ; système de soins

École doctorale ED 461, Droit et Science politique
Centre d'Études Politiques de l'Europe Latine (CEPEL)-UMR 5112
Faculté de Droit et de Science politique
39 rue de l'Université
34 060 Montpellier CEDEX 2