

# «Penser la santé publique à partir des inégalités sociales»

Médecin, anthropologue et sociologue, Didier Fassin a été parmi les premiers chercheurs en France à mettre en évidence l'importance de lutter contre les inégalités sociales de santé, et ce dès les années 1990, dans ses travaux sur la santé publique <sup>(1)</sup>. Le contexte pandémique a fait de ce sujet un enjeu majeur. Entretien.

*La pandémie a mis sur le devant de la scène la santé publique, les enjeux collectifs de santé, les interdépendances. N'a-t-elle pas contribué surtout à mettre en évidence les effets d'inégalités sociales, notamment avec une mortalité accrue dans les villes où les taux de pauvreté sont les plus importants, et dont les solutions ne relèvent pas uniquement de politiques de santé ?*

La pandémie nous a appris beaucoup de choses. La première est que notre pays, comme beaucoup d'autres, ne s'était pas préparé à la possibilité d'une crise sanitaire de cette ampleur et n'a guère su réagir efficacement, du moins au début. La faiblesse de son système de santé publique a été révélée au grand jour, même s'il faut noter



Seuil, septembre 2021, 364 pages, 23 €

(1) Avec de nombreuses études au contact des populations dans plusieurs pays d'Afrique, d'Amérique latine et en France, en particulier en coordonnant un important travail pluridisciplinaire sous l'égide de l'Inserm (voir *Les Inégalités sociales de santé*, La Découverte, 2000). D. Fassin est également professeur de sciences sociales à l'Institut for Advanced Study de Princeton et directeur d'études à l'EHESS, et il a pris ses fonctions début octobre 2022 à la chaire Questions morales et enjeux politiques dans les sociétés contemporaines du Collège de France. Il a écrit ou dirigé une quarantaine d'ouvrages en s'intéressant à de nombreux autres sujets qui ont croisé les réflexions de la LDH (sur les droits des étrangers – il est président du Comité pour la santé des exilés-Comede). Son élection à la chaire annuelle de santé publique au Collège de France, il y a trois ans, a confirmé l'importance de son travail en ce domaine (voir son ouvrage *Les Mondes de la santé publique. Excursions anthropologiques. Cours au Collège de France 2020-2021*, Seuil, septembre 2021).

les efforts de certaines agences régionales de santé et de certains services publics comme l'administration pénitentiaire. La seconde est qu'en effet les inégalités sociales, en tant qu'elles produisent des inégalités de santé, ont été dévoilées par la publication de statistiques montrant des écarts considérables de morbidité et de mortalité, que les réanimateurs constataient empiriquement de leur côté. C'est là un fait remarquable, car alors que la mise en évidence il y a quelques années de l'écart de treize années d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % les plus riches et les 5 % les plus pauvres n'avait guère

causé d'émoi, la sidération causée par le Covid a permis qu'enfin soit reconnu le scandale des inégalités devant la maladie et la mort.

*La « prévention » est souvent décrite comme un pilier de la santé publique, mais estimez-vous qu'il soit possible de sortir du modèle dominant, comportementaliste et souvent moralisateur, avec une efficacité très relative ? Comment mieux prendre en compte les responsabilités de la société, et donc des pouvoirs publics dans les inégalités de conditions de vie ayant des effets directs sur la santé physique et mentale ?*

Là encore, la pandémie a servi de révélateur de notre conception de la prévention. Le président de la République a parlé de guerre, a brandi l'armée, a mis en place des mesures punitives. Le discours moralisateur de l'Etat s'est ainsi doublé d'un discours autoritaire, avec des pratiques verticales, des décisions opaques, une absence de dimension démocratique. D'autres pays, comme l'Allemagne, ont choisi au contraire des approches mettant en avant la responsabilité et la mobilisation des citoyens, avec du reste des résultats bien meilleurs en termes de nombre de décès. Mais en prenant un peu de hauteur et en sortant du contexte pandémique, il faudrait pouvoir penser la santé publique à partir des inégalités de santé, ce que très peu semblent prêts à faire. Si l'on adopte

cette perspective, on sort de l'approche médicale, voire sanitaire – même si elle demeure importante –, pour comprendre que les mesures qui ont le plus d'impact sur l'espérance de vie et la qualité de vie dans le moyen et le long terme sont celles qui conduisent à plus de justice sociale dans les domaines du logement, de l'éducation et du travail, mais également de l'environnement. Cette préoccupation est pourtant rarement au premier plan des politiques publiques.

**Peut-on considérer, après presque trois années d'une crise sanitaire inédite, et de sa gestion souvent chaotique et peu transparente, que tous les enseignements en ont été tirés<sup>(2)</sup> pour une grande politique de santé publique à la hauteur des besoins d'aujourd'hui et de l'aspiration à l'effectivité de l'égalité des droits ?**

Je le souhaite, mais je ne le crois malheureusement pas. D'abord, l'analyse des échecs et des difficultés rencontrées dans la gestion de la pandémie n'a pas été entre-

**« Les mesures qui ont le plus d'impact sur l'espérance de vie et la qualité de vie dans le moyen et le long terme sont celles qui conduisent à plus de justice sociale dans les domaines du logement, de l'éducation et du travail, de l'environnement. Une préoccupation pourtant rarement au premier plan des politiques publiques... »**

prise, et il ne me semble pas qu'il soit prévu d'avoir une commission indépendante réalisant ce travail, par peur de dévoiler l'impéritie des pouvoirs publics. Ensuite, la réforme du financement du système de soins n'a pas été entreprise, on a même fermé des lits pendant la pandémie, et les conditions de travail et de salaire des personnels soignants demeurent dissuasives. Par ailleurs, le gouvernement a beaucoup de mal à penser la démocratie en général et la démocratie sanitaire en particulier, et l'idée d'associer les citoyens aux décisions demeure difficile à faire passer, quand

elles sont considérées comme devant être imposées d'en haut. Enfin, les « élites » économiques et financières continuent de considérer les politiques sociales comme des dépenses qu'il faut réduire au nom du néolibéralisme, au lieu d'en voir les bénéfices pour les populations.

**Parmi les vingt-deux recommandations de son avis de début d'année sur les inégalités sociales de santé, la CNCDH a notamment préconisé une prise en compte de la santé des populations dans toutes les décisions publiques, à tous les niveaux, avec une dynamisation de la démocratie, notamment sanitaire<sup>(3)</sup>. Quelles mesures concrètes estimez-vous les plus urgentes ?**

Ce sont en effet deux excellentes propositions, et il y a quelques années, dans un livre publié avec l'Inserm et La Découverte<sup>(4)</sup>, nous étions allés même plus loin en disant que c'étaient les effets sur les inégalités sociales de santé qui devaient être pris en compte dans toutes les politiques publiques. Lors de la discussion au Sénat de la grande loi sur la santé il y a quelques années, Jack Ralite m'avait appelé pendant la séance en me demandant des arguments pour défendre l'introduction de la lutte contre les inégalités sociales de santé dans la loi. Je les lui avais donnés, mais il n'avait pu obtenir gain de cause. Le ministère de la Santé s'y était opposé...

Mais s'il y avait pour moi une mesure concrète, immédiate et courageuse à prendre, ce serait d'offrir aux exilés un hébergement, des conditions de vie décente, un accès immédiat aux soins et un véritable droit à l'asile dont on les prive dès la frontière. On a pu imaginer cent-mille places pour les Ukrainiens, dont seulement un dixième environ est effectivement venu. Il n'en faut certainement pas autant pour permettre à des individus, parfois mineurs, et des familles, originaires de pays où elles sont victimes de violences

## La Santé sociale

Nicolas Duvoux, Nadège Vezinat

Puf, février 2022, 104 p., 9,50 €

Les œuvres de Didier Fassin<sup>(1)</sup> sont parmi les premières références de ce livre, en matière d'inégalités sociales de santé, de droits sociaux, de santé publique, soulignant dès l'amont du soin leur interdépendance, flagrante depuis la crise sanitaire. Cet ouvrage collectif, coordonné par deux professeurs de sociologie à l'université Paris-8, propose le concept de « *santé sociale* » comme « *une façon de travailler l'articulation des questions sociales et sanitaires* » et comme « *une norme émergente d'action publique favorisant l'interprofessionnalité pour faire face à des situations médicales complexes* »... Il en résulte la volonté de « *réintégrer le social dans le soin* » en prenant mieux en compte les conditions d'accessibilité<sup>(2)</sup>, articulées avec les conditions de vie, et de « *sortir de la médecine seule en allant vers la santé* » avec un rapprochement entre médecine sociale<sup>(3)</sup> et santé publique, notamment

en réinscrivant les soins dans une dynamique populationnelle. Sont étudiées l'évolution du lien entre solidarité nationale et profession médicale libérale ; les évolutions des pratiques des collectivités locales depuis la loi de 1902 (les centres de santé...) ; une analyse des PASS<sup>(4)</sup>, « *extension de l'assistance dans le système de santé* » ; l'expérimentation de La Case de santé, à Toulouse, associant défense des droits, lutte contre inégalités sociales et participation des patients.

(1) Celles citées dans notre entretien, et *Les Figures urbaines de la santé publique* (La Découverte, 1998), *Faire de la santé publique* (EHESP, 2008), *L'Espace politique de la santé* (Puf, 1996).

(2) Tant sociales et culturelles (précarités socioéconomiques, maîtrise de la langue, type d'habitat...) que spatiales, avec l'accroissement de « déserts médicaux », financières (hétérogénéité de protection sociale, restes à charge) et organisationnelles (coordination et suivi de soins pluridisciplinaires).

(3) En analysant évolutions historiques et ambivalences (pratiques normalisatrices de contrôle social...).

(4) Permanences d'accès aux soins de santé.

P. L.



*«Alors que la mise en évidence il y a quelques années de l'écart de treize années d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % les plus riches et les 5 % les plus pauvres n'avait guère causé d'émotion, la sidération causée par le Covid a permis qu'enfin soit reconnu le scandale des inégalités devant la maladie et la mort.»*

(Didier Fassin)

et parfois simplement sans futur, de vivre sans être harcelés par les forces de l'ordre, sans voir leurs maigres biens détruits, sans avoir à passer leurs nuits dehors, même sous la pluie et dans le froid. Ce serait l'honneur de notre pays, et une anticipation de ce que ces hommes, ces femmes et ces enfants feront de toute façon partie de notre société dans les années qui viennent, qu'ils soient persécutés ou au contraire accueillis. Et qu'on ne se réfugie pas derrière la fausse excuse de «l'appel d'air»: des études<sup>(5)</sup> suggèrent qu'il n'existe pas.

**Quels enseignements peut-on aussi tirer de cette pandémie à l'échelle mondiale, en particulier sur la gouvernance, les solidarités, la prévention de crises futures, le rôle de l'OMS<sup>(6)</sup> etc. ?**

Un premier enseignement est l'interdépendance des pays qui va jusqu'à la perte d'autonomie en matière de produits de première nécessité, comme les masques ou les médicaments, du fait des logiques capitalistes de délocalisation des productions. La Chine est ainsi devenue le centre du monde pandémique non seulement parce qu'elle en était l'origine, mais aussi parce qu'elle a pu, un temps, en paraître la solution. Un second enseignement est l'absence flagrante de solidarité, les pays riches s'étant d'abord livrés une concurrence féroce

pour l'accès aux vaccins, les pays pauvres n'ayant ensuite pratiquement pas bénéficié de ces derniers, ce qui est le vrai scandale, bien peu discuté, de la pandémie. L'exception intéressante est cependant l'Union européenne où, dans une certaine mesure, la solidarité a joué.

**La LDH a organisé à l'automne un colloque à l'occasion du 120<sup>e</sup> anniversaire de la première loi française de santé publique. Celle-ci imposait les premières obligations de salubrité aux propriétaires de logements et rendait la vaccination contre la variole obligatoire. Selon vous, la question de la conciliation entre libertés individuelles et exigences de santé publique<sup>(7)</sup> se pose-t-elle autrement aujourd'hui qu'hier ?**

La santé publique a depuis toujours été prise entre l'imposition de mesures et la résistance d'une partie de la population, les bénéfices sanitaires supposés et le respect des droits de personnes, la raison médicale et les théories conspirationnistes. En soi, donc, les tensions actuelles ne sont pas nouvelles, et ne devraient pas être dramatisées comme le gouvernement l'a fait pour occulter ses insuffisances en focalisant l'attention sur l'opposition radicale au vaccin contre le Covid. Ce qui a toutefois changé au cours de la

période récente, c'est à la fois la culture sanitaire d'une large partie de la population et l'exigence de pratiques plus démocratiques en santé. Le sida, dans les années 1980, a été le tournant, car des associations se sont mobilisées sur les deux fronts: le partage du savoir et le respect des droits. Parler d'individualisme, voire de libertarisme, c'est souvent vouloir discréditer ce qui est au contraire une demande légitime de prise en considération des libertés et d'association aux décisions. Tenir compte de cette demande faciliterait l'acceptabilité des mesures à prendre bien mieux que le mélange de moralisation et d'autoritarisme, de dénigrement et de punitivisme. En disant cela, je ne nie pas l'emprise, facilitée par les réseaux sociaux et manipulée par les trolls, de théories du complot, mais à la dénonciation, je préfère une réponse démocratique. ●

**Propos recueillis par Philippe Laville, membre du Comité national de la LDH, en coopération avec Tatiana Gründler, co-animatrice du groupe de travail LDH « Santé, bioéthique »**

(2) En particulier par le rapport « Dessiner la santé publique de demain », publié en mars 2022 par le ministère de la Santé ([https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chauvin.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf)).

(3) Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme, adopté unanimement le 17 février 2022 après six mois de réflexions collectives et d'auditions, dont celle de Didier Fassin ([www.cncdh.fr/publications/avis-sur-les-inegalites-sociales-de-sante-2022-1](http://www.cncdh.fr/publications/avis-sur-les-inegalites-sociales-de-sante-2022-1)).

(4) *Santé publique, l'état des savoirs*, Institut national de la santé et de la recherche médicale et La Découverte, octobre 2010.

(5) Par exemple, Eugenio Cusumano et Matteo Villa, « From "Angels" to "Vice Smugglers": The Criminalization of Sea Rescue NGOs in Italy », in *European Journal on Criminal Policy and Research*, 2021, 27: 23-40.

(6) Organisation mondiale de la santé.

(7) Sujet évoqué notamment dans l'ouvrage *Antivax, la résistance aux vaccins du XVIII<sup>e</sup> siècle à nos jours*, de Françoise Salvadori et Laurent-Henri Vignaud, publié un peu avant l'émergence du Covid-19 (Vendémiaire, janvier 2019).