

L'histoire politique des inégalités de santé en France et en Angleterre

François Briatte*
f.briatte@ed.ac.uk

Version 2 (**finale**)
20 537 signes

* Doctorant à l'Institut d'Études Politiques de Grenoble et visiteur à la *Science Studies Unit* de l'Université d'Édimbourg. Ce texte s'appuie sur une recherche menée en 2006 à l'Institut d'Études Politiques de Grenoble sous la direction de Monika Steffen, que je remercie vivement pour son aide. Je remercie également Pierre Aïach, Bruno Jobert, Marianne Berthod-Wurmser et les personnes ayant accepté de me recevoir en entretien dans le cadre de cette recherche. Enfin, j'ai bénéficié des remarques exprimées par Joëlle Le Marec à la suite d'une communication dans son séminaire de recherche de l'École Normale Supérieure – Lettres et Sciences Humaines de Lyon en mai 2006. La responsabilité des erreurs et omissions me revient naturellement.

Les tableaux épidémiologiques et la recherche en santé publique nous apprennent que l'état de santé et la mortalité diffèrent de manière significative selon les milieux sociaux. Dans un pays comme la France, l'espérance de vie peut varier de plusieurs années selon les revenus, le niveau d'éducation ou la catégorie socioprofessionnelle des individus ; de même, les taux de morbidité varient fortement selon l'appartenance à une classe sociale donnée. Les résultats 2002-2003 de l'enquête décennale Santé Insee établissent ainsi que la fréquence du diabète est 3,6 fois plus importante chez les individus non diplômés que chez les individus de niveau bac +2 de même sexe et de même âge, ou que la fréquence de l'obésité est trois fois plus importante chez un ouvrier que chez un cadre ¹.

La décision publique ne prend pourtant pas nécessairement en compte ces données dans l'élaboration des politiques de santé. Alors que des pays comme la Grande-Bretagne ou la Suède ont développé des programmes d'action publique spécifiquement destinés à lutter contre les inégalités de santé, d'autres comme la France n'accordent qu'une importance résiduelle à ce phénomène pourtant amplement documenté aux niveaux national et international ².

Comment expliquer, dès lors, ce *hiatus* dans le traitement politique et administratif des inégalités de santé, qui apparaît de manière saillante dans l'histoire récente de la santé publique des pays occidentaux ? Ces différences de prise en compte semblent témoigner, de prime abord, d'une forme de prise de conscience (ou de son absence) dans les pays observés ³. La persistance de ces différences sur le moyen terme, et ce malgré un volume élevé de publications scientifiques et de rapports d'organismes publics consacrés aux

¹ Pour une introduction accessible aux données françaises sur les inégalités de santé, on se reportera au récent ouvrage dirigé par Annette Leclerc, Monique Kaminski et Thierry Lang, *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris, La Découverte 2008 (dont nous tirons les exemples cités, p. 51), et au numéro spécial de la *Revue du Praticien*, vol. 54, n°20, 2004, dirigé par Pierre Aïach et Didier Fassin ; cf. également Annette Leclerc *et al.* (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000 ; Haut Comité de Santé Publique, *La santé des Français, 3^e bilan*, Paris, La Découverte, 2002, ch. 2.

² On notera à ce sujet la publication récente du rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé (*Commission on the Social Determinants of Health*), *Closing the Gap in a Generation : Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

³ C'est la thèse, notamment, de Margaret Whitehead, « Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health : A European Perspective », *Milbank Quarterly*, vol. 76, n°3, 1998, p. 469-492.

inégalités de santé⁴, invite cependant à réviser cette première impression et à identifier les contraintes supplémentaires qui pèsent sur la décision politique.

Une manière d'appréhender ce problème consiste alors à traiter les inégalités de santé comme une *question scientifique* ayant vocation, dans certaines circonstances, à devenir un *problème politique*. Le cas des inégalités de santé permet en effet de rendre compte des difficultés avec lesquelles s'effectue cette opération de transposition entre « forum scientifique » et « forum politique »⁵. Comme l'a déjà fait remarquer Mireille Elbaum, la prise en compte des inégalités de santé dans les programmes d'action publique implique de faire subir plusieurs modifications à l'acception scientifique de ce phénomène, afin qu'un nouveau public de décideurs politiques y devienne sensible⁶.

Plus généralement, les recherches centrées sur ces opérations de conversion font appel à la fois aux travaux portant sur la définition des problèmes publics et à ceux étudiant la mise sur l'agenda gouvernemental⁷. Dans la suite de ces travaux, j'ai tenté de montrer comment cette conversion est déterminée en profondeur par des facteurs historiquement situés et liés aux institutions administratives de la santé publique, aux cadres mentaux associés à la protection maladie et aux intérêts politiques actifs dans un contexte national donné. Cet article retrace brièvement l'histoire de cette triple contrainte institutionnelle⁸ telle qu'elle a pu s'exercer en France et en Angleterre, à travers l'analyse comparée de ces deux cas d'étude dans la période récente.

⁴ Le moteur de recherche PubMed permet de calculer un indicateur approximatif du volume de recherche consacré aux inégalités de santé ; cette indicateur montre une forte progression à partir des années 1990, plus importante par ailleurs que celle de la littérature scientifique biomédicale internationale.

⁵ Les différents « forums » dans lesquels se conçoivent les problèmes et politiques publiques ont fait l'objet d'une théorisation dans les travaux de Bruno Jobert et Pierre Muller, complétés par ceux d'Ève Fouilleux en ce qui concerne les forums scientifiques.

⁶ Cf. notamment « Les inégalités sociales de santé : des recherches aux politiques », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 55, n°1, 2007, p. 47-54. Mireille Elbaum fut directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) aux ministères chargés des affaires sociales et de la santé de 1998 à 2006.

⁷ Les deux *loci classici* sur ces questions sont respectivement Joseph Gusfield, *The Culture of Public Problems : Drinking-Driving and the Symbolic Order*, Chicago, University of Chicago Press, 1981, et John Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, New York, HarperCollins, 1984.

⁸ On utilise une définition particulière de l'institution, adaptée à l'analyse des politiques publiques ; cf. Bruno Palier et Yves Surel, « Les “trois I” et l'analyse de l'État en action », *Revue française de science politique*, vol. 55, n°1, 2005, p. 7-32.

*

La politisation du « rapport Black » et ses suites en Grande-Bretagne

Le « rapport Black » est le résultat d'un travail commandé en avril 1977 par le secrétaire d'État travailliste à la Santé David Ennals à son *Chief Scientist*, Sir Douglas Black. Il est apparent, dès les années 1960, que le *Welfare State* britannique n'a pas empêché la pauvreté de subsister, et que des inégalités de classe persistent malgré les préconisations beveridgiennes ayant abouti à la création du *National Health Service* en 1948. La remise de ce rapport, qui formule une série de recommandations induisant des dépenses publiques massives, survient cependant après l'élection générale de mai 1979, qui porte au pouvoir un gouvernement conservateur élu sur un programme de limite des dépenses publiques et qui se fixe d'emblée une ligne d'horizon budgétaire drastique.

Jugeant le rapport inconséquent, le secrétaire d'État à la Santé Patrick Jenkin s'en tient alors à une publication de tirage limité, en plein été et sous forme de document de travail interne, provoquant immédiatement un « déphasage » entre l'activité de son gouvernement et celle des milieux scientifiques concernés par les inégalités de santé en Grande-Bretagne⁹. Cet épisode inaugure une période de latence politique, qui marque profondément l'imaginaire collectif de la communauté scientifique, mais qui n'empêche toutefois pas le développement de recherches très abouties sur les « variations » de l'état de santé en fonction de déterminants sociaux, dans le prolongement institutionnel et intellectuel de la forte tradition de recherche britannique en santé publique. Cette dynamique de recherche prend appui sur les héritages institutionnels développés sous l'État britannique, constitués conjointement par l'essor de l'épidémiologie comme spécialité de recherche et l'influence de la *social medicine* sur la formation scientifique en santé publique¹⁰.

L'élection générale de mai 1997 fournira un exemple de comment *la* politique peut changer *les* politiques¹¹. Le parti néo-travailliste va en effet saisir l'opportunité offerte par le manque de considération apportée au rapport Black par les gouvernements conservateurs pour se

⁹ L'histoire de ce schisme est magistralement documenté dans l'ouvrage dirigé par Virginia Berridge et Stuart Blume, *Poor Health : Social Inequality Before and After the Black Report*, London, Frank Cass, 2003.

¹⁰ Cf. respectivement Christopher Hamlin, « State Medicine in Great Britain », in Dorothy Porter (dir.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam, Rodopi, 1994, p. 132-164 ; et Dorothy Porter, « From Social Structure to Social Behaviour in Britain after the Second World War », in Virginia Berridge et Stuart Blume (dir.), *Poor Health : Social Inequality Before and After the Black Report*, op. cit., p. 58-80.

¹¹ Bruno Palier et Yves Surel, « Le politique dans les politiques », *Espaces Temps*, n°76-77, 2001, p. 52-67.

démarquer sur le thème crucial du *National Health Service*, promettant dans son manifeste de « s’attaquer aux causes de la mauvaise santé » et de faire valoir par ce biais une forme d’égalité devant la santé. Une fois élu, le gouvernement de Tony Blair prendra immédiatement deux mesures symboliques marquant le retour des inégalités de santé dans les préoccupations de l’État. D’une part, le paysage ministériel sera agrémenté d’un nouveau poste de secrétaire d’État à la santé publique, occupé successivement par Tessa Jowell et Caroline Flint. D’autre part, le ministre de la santé Frank Dobson commandera un nouveau rapport sur les inégalités de santé à Donald Acheson, permettant à l’activité gouvernementale de se remettre symboliquement « en phase » avec l’activité scientifique dans ce domaine, sous l’influence notamment de scientifiques influents comme Michael Marmot ¹².

Les recommandations du rapport Acheson et leur mise en œuvre par les gouvernements néo-travaillistes successifs ont donné lieu à un suivi gouvernemental régulier, qui indique aujourd’hui une réduction significative des inégalités de santé dans la population ¹³. La part effective des programmes mis en œuvre dans cette diminution, leur logique propre et leur articulation avec les évolutions du *National Health Service* ont donné lieu à de nombreuses évaluations, dont les résultats critiquent souvent sévèrement l’action gouvernementale ¹⁴ ; néanmoins, l’ensemble de ces éléments témoigne d’une prise en compte sérieuse et systématique des inégalités de santé dans les affaires publiques, ce que l’on ne retrouve pas dans le contexte français.

¹² Épidémiologiste à l’Université de Londres et auteur de très nombreux travaux sur les inégalités de santé, Michael Marmot est devenu une référence internationale de la recherche en santé publique grâce à ses recherches sur la cohorte épidémiologique « Whitehall II », qui ont révélé l’existence d’inégalités de santé entre les différents rangs de fonctionnaires britanniques. Son autorité scientifique lui assure également la reconnaissance et l’audience ponctuelle des pouvoirs publics, auprès desquels il a fréquemment exercé des missions de conseil. Anobli par Élisabeth II en 2000, il a notamment participé aux travaux de l’*Independent Inquiry into Inequalities in Health* sous la direction de Donald Acheson et supervisé ceux de la *Commission on Social Determinants of Health* (cf. note 2).

¹³ Department of Health, *Tackling Health Inequalities: 2007 Status Report on the Programme for Action*, Londres, Department of Health, 2008.

¹⁴ Elizabeth Dowler et Nick Spencer (dir.), *Challenging Health Inequalities. From Acheson to ‘Choosing Health’*, Bristol, Policy Press, 2007.

L'émergence contrariée des inégalités de santé en France

L'histoire de la recherche sur les inégalités de santé en France remonte à la fin des années 1950¹⁵, et la documentation constituée par les rapports publics officiels expose fréquemment le problème des inégalités de santé aux décideurs publics au moins depuis le début des années 2000. Les inégalités de santé faisaient déjà l'objet d'un atelier dans les travaux préparatoires du Commissariat Général au Plan lors de la production du rapport *Santé 2010 : Équité et efficacité du système*, mais elles n'intègrent véritablement la connaissance standard de l'état de santé populationnel français que grâce aux *Baromètres santé* – produits successivement par le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) puis par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) – auxquels il faut rajouter les rapports du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) depuis sa création en 1991¹⁶.

Cette publicité administrative du problème des inégalités de santé survient en partie sous l'effet d'une publication majeure sur le sujet en France, l'ouvrage *Les inégalités sociales de santé*, publié suite aux travaux d'une intercommission de l'Inserm¹⁷. L'ouvrage, qui rend compte de la recherche internationale dans ce domaine, avait précisément vocation à en faire un enjeu de société ; néanmoins, malgré son écho médiatique (notamment une accroche en « une » du *Monde* le 12 mai 2000), la parution de l'ouvrage ne provoquera aucune réaction des pouvoirs publics¹⁸. La réduction des inégalités de santé ne figure dans le corpus législatif que depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, au côté d'une centaine d'autres indicateurs de suivi. Malgré des références constantes à la réduction de ces inégalités, l'examen transversal et systématique des politiques publiques au prisme de leurs effets sur l'état de santé des populations qu'elles touchent n'est pas prévu par le

¹⁵ Pierre Aïach *et al.*, *Inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne : analyse et étude comparative*, Paris, La Documentation française, 1987, ch. 1.

¹⁶ On peut également signaler les contributions d'autres organismes publics, comme le rapport annuel 2003 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur la prévention, et des parutions « grand public » comme les *Carnets de santé* édités par Jean de Kervasdoué *et al.* depuis 2000.

¹⁷ Annette Leclerc *et al.* (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, *op. cit.*

¹⁸ Entretiens non directifs auprès de chercheurs en épidémiologie, d'auteurs de l'ouvrage et de personnel dans l'administration sanitaire et sociale ; pour un compte-rendu détaillé, cf. François Briatte, *Réduire les inégalités de santé en France et en Grande-Bretagne*, *op. cit.*

législateur¹⁹. Au contraire, les inégalités de santé restent engoncées dans un cadre interprétatif fixé par la pente historique du système de protection sociale, où elles se réduisent principalement à des différences d'accès et de recours aux soins, et à des programmes ciblés sur les personnes « défavorisées ». En conséquence, l'inscription des inégalités de santé sur l'agenda politique reste un phénomène partiel et subordonné aux schémas mentaux existants, à l'inverse de la situation britannique où ce thème a pu acquérir une grande autonomie et une forme de primat dans l'élaboration des politiques de santé pendant la première décennie néo-travailleuse.

On peut dégager trois explications à cette situation, fondées respectivement sur le jeu des intérêts, sur le poids des héritages institutionnels et enfin sur les prémisses originelles du système de santé français.

Tout d'abord, l'entrée en politique des inégalités de santé est négativement conditionnée par l'absence d'opportunités électorales et d'un jeu compétitif autour de celles-ci qui pourrait donner lieu à un calcul politique intéressé comme celui survenu dans la suite du « rapport Black » en Angleterre ; autrement dit, les *incentives* à la politisation du problème sont trop faibles dans le contexte routinier des politiques de santé, et aucune fenêtre politique ne permet à la classe politique de se saisir véritablement de l'enjeu.

Ensuite, la déficience structurelle des organes dirigeants de la santé publique en France persiste depuis leur fondation, obéissant à un phénomène classique de dépendance au sentier institutionnel²⁰. La faiblesse endémique de l'administration de la santé publique, redevenue saillante lors de l'épidémie de sida²¹, renvoie à son développement initial, qui s'était heurté à la consécration de l'exercice libéral de la médecine²². De même,

¹⁹ L'idée n'est pourtant pas complètement indigène au contexte français : des élèves de la promotion 2003 de l'École Nationale d'Administration avaient ainsi proposé, dans un travail de séminaire, de créer une mission interministérielle à la réduction des inégalités de santé.

²⁰ Le concept de *path dependence* a été introduit en science politique par l'article de Paul Pierson, « Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics », *American Political Science Review*, vol. 94, n°2, 2000, p. 251-267.

²¹ Aquilino Morelle, *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996.

²² Cf. Didier Renard, « Logiques politiques et logiques de programmation d'action : la création des administrations sociales sous la IIIe République », *Revue française des affaires sociales*, n°4, 2001, p. 33-39. Pour une explication détaillée allant dans ce sens, cf. Marianne Berthod-Wurmser, « Programmes de recherche et débat public sur les inégalités de santé : la France est-elle en retrait ? », in Annette Leclerc *et al.* (dir.), *Les inégalités sociales de santé, op. cit.*, p. 69-80.

l'épidémiologie et la recherche en santé publique n'ont pu s'imposer dans le champ déjà divisé et conflictuel des spécialités médicales françaises, ce que l'épidémie de sida a également mis en relief²³.

Enfin, un dernier blocage subsiste dans les cadres mentaux qui structurent la protection maladie en France : comme le reste du système de protection sociale et malgré une tendance à l'étatisation de ses instances régulatrices, l'assurance-maladie perpétue une vision fondamentalement statutaire et segmentée de la société, ce que la généralisation de la couverture maladie en 1999-2000 n'a pas modifié²⁴. Ce *design* institutionnel spécifique au régime d'État-providence bismarckien n'offre pas de possibilité de péréquation entre catégories socioprofessionnelles ; toute mesure de justice sociale allant dans ce sens demanderait au contraire une refonte substantielle de la protection sociale française²⁵.

*

La réduction des inégalités de santé reste donc à plus d'un titre un chantier politique inachevé, en particulier dans le cas français. L'état de ce chantier se comprend mieux lorsque l'on fait le choix de replacer la santé publique dans sa perspective historique : la lutte contre les inégalités de santé apparaît alors comme surdéterminée par les trajectoires nationales des professions médicales, par les schèmes dominants de la pensée scientifique et de la protection sociale, et par l'autorité dévolue aux organes décisionnaires centraux de l'administration sanitaire. Ces différents facteurs institutionnels ont produit un effet structurant en faveur de l'écriture d'une politique de réduction des inégalités de santé en Angleterre, mais ont produit l'effet inverse dans le contexte français.

Si l'analyse historique des problèmes contemporains a le mérite de rendre saillants de tels effets contraignants sur le libre-arbitre des décideurs actuels, elle ne saurait toutefois décourager complètement tout changement ; elle inciterait plutôt à poursuivre certains

²³ Cf. respectivement Luc Berlivet, « Between Expertise and Biomedicine: Public Health Research in France after the Second World War », *Medical History*, vol. 52, n°4, 2008, p. 471-492 ; Patrice Pinell et Monika Steffen, « Les médecins français: Genèse historique d'une profession divisée », in Bruno Jobert et Monika Steffen (dir.), *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Observatoire européen de la protection sociale, 1994, p. 41-55 ; et Michel Setbon, « Des politiques de santé à leur management : un sujet sans objet ou une nécessité sans capacité ? », *Politiques et management public*, vol. 11, n°1, 1993, p. 111-127.

²⁴ Cf. Bruno Palier, « Un système de protection sociale fondé sur les assurances sociales n'est pas conçu pour lutter contre les inégalités », in MIRE, *Réduire les inégalités. Quel rôle pour la protection sociale?*, Paris, MIRE-DREES, 2001.

²⁵ Gøsta Esping-Andersen, *Trois leçons sur l'État-providence*, Paris, Seuil, coll. « La République des idées », 2008.

objectifs politiques légitimes en meilleure connaissance de cause²⁶. Bien qu'il s'agisse d'un objectif de long terme nécessairement couplé à d'autres causes, la réduction des inégalités de santé contribuerait effectivement aux entreprises contemporaines de justice sociale.

²⁶ Pierre Favre, *Comprendre le monde pour le changer*, Paris, Presses de Sciences Po, 2005.