

Une conférence  
proposée par le

RESPADD  
 RÉSEAU DE  
PRÉVENTION  
DES ADDICTIONS

**Mercredi 3 avril 2024**

**18h – 20h**

# L'(IN)JUSTICE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

**>> CONFÉRENCE  
DE PAUL-LOUP WEIL-DUBUC**

**> Discutée par le Pr François Alla**

**HÔPITAL FOCH**  
SURESNES

*OUVERTE À TOU·TE·S SUR INSCRIPTION*

**LSPS**  
RÉSEAU FRANÇAIS  
LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

 International Network of  
Health Promoting Hospitals  
& Health Services

**MNH**  
Mutuelle Nationale des Hospitaliers

## L'(IN)JUSTICE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- **Intervenant : Paul-Loup Weil-Dubuc, philosophe, chercheur en éthique à l'Espace éthique d'Île-de-France**
- **Discutant : Pr François Alla, professeur de santé publique à l'université de Bordeaux, praticien hospitalier**

### Introduction par François Alla

**François Alla** établit un parallèle entre le champ de la santé et l'Éducation nationale, puisque l'école, qui a pour mission de contribuer à réduire les inégalités préexistantes, est plutôt une machine à les renforcer. Les études de suivi des élèves sur le long terme montrent en effet que pour ceux qui partent avec des handicaps, les inégalités se renforcent au cours de leur scolarité.

Les inégalités ne sont pas le fruit d'un hasard malheureux, d'une fatalité. Elles sont construites. Les populations qu'elles touchent ne sont pas des populations vulnérables, mais des populations vulnérabilisées : c'est le système qui rend vulnérable. Les débats scientifiques qui s'étaient tenus au début de la pandémie de Covid autour de la surmortalité des minorités ethniques et notamment des Noirs, aux États-Unis, puis en Europe, en sont une illustration. Les articles scientifiques évoquaient des différences liées à la génétique, avec des différences de sensibilité au virus. Les chercheurs avaient balayé cet argument, affirmant que si les minorités ethniques mouraient plus du Covid, c'est parce qu'elles cumulaient des expositions plus fortes, des facteurs de vulnérabilité au virus liés à leurs conditions de santé et des prises en charge suboptimales : moins de vaccination et de dépistage, retard de prise en charge hospitalière, etc. Un éditorial du *JAMA*, le journal de l'Association médicale américaine, avait résumé ainsi ce constat en titrant : « ce n'est pas la race mais le racisme qui est la source d'inégalité dans le Covid ». Cette expression traduit le caractère structurel des inégalités, que l'on a pourtant tendance à attribuer à des facteurs individuels, qu'ils soient biologiques ou comportementaux.

Plus récemment, un article a été publié en 2023 pour essayer d'expliquer la surmortalité liée au Covid chez les patients atteints d'une pathologie, d'une maladie ou d'un trouble mental, en France, à partir des bases de données nationales, donc sur plusieurs centaines de milliers de personnes. Cette surmortalité n'est aucunement liée à des facteurs biologiques liés à la maladie mentale elle-même, ni aux comorbidités qui peuvent y être associées, notamment la consommation de produits, ni aux traitements spécifiques. Elle était liée à une prise en charge suboptimale : les patients hospitalisés souffrant d'une pathologie psychiatrique avaient moins de chance d'être admis en réanimation et de bénéficier de soins optimaux. Jusque-là, il n'avait pas été envisagé que cette surmortalité était liée au système.

Cette réduction à la biologie des inégalités et des vulnérabilités est assez fréquente dans le monde académique, dans les publications et les facteurs d'explication.

Dans le même contexte d'individualisation des inégalités, on inflige aux victimes une double peine en les blâmant. Non seulement elles sont en mauvaise santé, mais on les en rend responsables. C'est une grande tendance en France : les personnes malades en raison de déterminants structurels de la santé sont jugées coupables de leur état. Ainsi, en 2022, lors de la journée mondiale de l'obésité, une enquête menée auprès de la population française et des professionnels de santé a été produite, qui faisait apparaître comme définition première de l'obésité « la maladie du manque de volonté ». C'est le cas aussi lorsque l'on estime légitime « d'emmerder les non-vaccinés » parce qu'ils ont fait le choix de ne pas se faire vacciner. Ce type de stigmatisation est délétère et ajoute de la souffrance à la souffrance. C'est là une perversion du principe d'autonomie traduit en responsabilité individuelle et en culpabilité.

L'enjeu des inégalités sociales de santé est un enjeu de santé publique, mais ne se résume pas à une question technique sur l'identification des bons leviers, entre la médiation, l'« aller vers » ou l'universalisme proportionné. Certes, ce sont des sujets techniques, scientifiques, professionnels, mais ce sont aussi des enjeux politiques et philosophiques. La façon dont on perçoit les inégalités et dont on veut les prendre en compte reflète les valeurs et les principaux fondamentaux de notre système. En France, un contrat social s'est construit dans l'après-guerre avec un

certain nombre de valeurs et de principes, à l'aune desquels il convient aujourd'hui de se demander ce que cela veut dire de la politique de santé et plus globalement, de la façon dont on construit la société.

Pour aborder la question des inégalités sociales de santé, au-delà de ces éléments de santé publique, il convient de croiser les points de vue. C'est dans cet objectif que le RESPADD a invité Paul-Loup Weil-Dubuc, qui aborde ce sujet de son point de vue de philosophe et de chercheur à l'Espace éthique d'Île-de-France, notamment, dans un ouvrage remarquable et remarqué autour des inégalités sociales de santé. Ce type de regard doit questionner les soignants, les acteurs du système de santé, les professionnels de santé publique, les chercheurs et les décideurs sur leurs propres pratiques, leurs principes, leurs stratégies.

### **Intervention de Paul-Loup Weil-Dubuc**

**Paul-Loup Weil-Dubuc** remercie le Respadd de lui donner l'occasion de mettre à l'épreuve les réflexions réunies dans son ouvrage, d'en discuter avec François Alla, qui a beaucoup étudié le concept et les pratiques de la promotion de la santé, ainsi qu'avec l'ensemble des participants. Philosophe de formation, Paul-Loup Weil-Dubuc est l'auteur d'une thèse de philosophie politique sur les inégalités sociales de santé et a prolongé son travail sur le sujet. Recruté à l'Espace éthique d'Île-de-France sur des sujets d'éthique du soin, il a repris sa réflexion sur les inégalités sociales de santé, qui l'a mené à rédiger cet ouvrage. La contribution de la philosophie est la plus utile dans la mise en lumière des idéologies, des principes, des valeurs qui sous-tendent les concepts et les pratiques, notamment en santé publique, et des tensions entre ces idéologies. L'auteur propose de centrer son propos sur la promotion de la santé, à travers une critique philosophique de ce concept.

Il s'appuie pour commencer sur deux constats paradoxaux. Le premier, déjà posé par François Alla, est que les inégalités sociales face à la mort et à la maladie persistent, alors même que cette question est au cœur de l'agenda des politiques publiques nationales et mondiales et que de nombreux rapports sont publiés sur la question depuis les années 1990, au moins, qui fixent l'objectif d'une réduction de ces inégalités sociales de santé. L'épidémiologie et la démographie ont mis en lumière un fait structurant des sociétés humaines, un fait invariant : l'existence de gradients sociaux de santé, de corrélations étroites entre les positions sociales des individus et leur état de santé. Où que l'on situe dans le monde, il y a une gradation des états de santé qui suit de façon scrupuleuse la hiérarchie des positions sociales.

Le second constat paradoxal est que cette question suscite peu de débats et de mobilisation sociale alors qu'il existe beaucoup d'occasions d'en parler. Le mouvement français contre la réforme des retraites témoigne, dans son expression publique, de la silencieuse acceptation des inégalités sociales de santé. On pouvait lire, sur les banderoles, dans les manifestations : « à 64 ans, un tiers des plus pauvres sont morts », « métro – boulot – tombeau », « la retraite, pas l'arthrite ! » On aurait pu penser qu'à partir de là s'enclencherait une réflexion sur les inégalités sociales de santé. En réalité, ces slogans dénonçaient le recul de l'âge légal de départ à la retraite, qui peut être une très belle cause, mais ne dénonçaient pas l'inégalité sociale face à la mort, alors que l'occasion se présentait de poser le débat. Un autre exemple peut être cité : les débats, en bioéthique, à propos de la marchandisation du corps, à travers la gestation pour autrui, avec le risque auquel les femmes « mères porteuses » se trouvent exposées. Parmi les arguments de ceux qui s'opposent à la gestation pour autrui, on trouve l'idée que la vulnérabilité économique de ces femmes rend impossible un consentement libre et éclairé au fait de porter le bébé d'un couple. Il s'agit bien là d'inégalités sociales de santé et en l'occurrence, de la propension plus ou moins forte à s'exposer à des dangers en fonction de sa position sociale. Pourtant, là encore, le constat de cette marchandisation des corps, qui apparaît aussi avec la question de la prostitution ou de la participation à des essais cliniques, ne débouche jamais sur une réflexion sur l'injustice des inégalités sociales de santé. On semble les considérer comme un fait inévitable, indépassable, sur lequel on glisse et dont on ne parle pas.

Cette question suscite peu de débats alors qu'elle heurte notre sens de la justice et qu'elle touche peut-être au fondement même du politique. Depuis le XVII<sup>e</sup> siècle, les théories du contrat social de Thomas Hobbes, de John Locke et de Jean-Jacques Rousseau, notamment, posent comme un fait indépassable une certaine égalité physique des

individus, une égalité naturelle en matière de santé et d'intelligence. Il est frappant d'observer non pas tant que les inégalités sociales de santé montrent que ce postulat est faux mais surtout, que ces philosophes aient éprouvé le besoin d'affirmer qu'il y avait cette égalité physique entre les êtres humains. Cette égalité leur était importante pour penser l'unité de l'espèce humaine, sans laquelle on ne peut penser des droits humains. On peut se demander si les inégalités de santé abyssales à l'échelle mondiale et à l'échelle des sociétés ne mettent pas fondamentalement en cause le fait même de pouvoir penser des droits humains, quand il y a de tels écarts d'espérance de vie au sein de l'espèce humaine.

Paul-Loup Weil-Dubuc propose d'expliquer les deux constats paradoxaux précédemment évoqués par une certaine façon de constituer les inégalités sociales de santé en problème, de les considérer comme injustes. Pour lui, c'est une conception de l'injustice des inégalités sociales de santé libérale égalitaire qui sous-tend aujourd'hui les actions de promotion de la santé, qu'il distingue de la conception néo-libérale. On a beaucoup parlé des effets de l'idéologie néo-libérale sur la santé publique et sur le soin. Dans le numéro de Tracts/Gallimard qu'ils ont co-écrit, « *Santé publique année zéro* », François Alla et Barbara Stiegler décrivent le projet idéologique du néo-libéralisme comme l'avènement d'un individu responsable ou « acteur » de sa santé, rendu responsable par des innovations techniques orientées vers des outils de profilage des risques et la production de thérapeutiques, mais aussi par des mécanismes d'éducation, d'incitation économique, de sensibilisation. Le projet néo-libéral considère l'individu, augmenté par ces innovations techniques, comme le meilleur producteur de santé qui soit, ce qui justifie le développement d'un capitalisme mondialisé de la santé et l'introduction de mécanismes de concurrence dans le secteur de la santé, notamment.

De son côté, Paul-Loup Weil-Dubuc propose une critique du libéralisme et non du néo-libéralisme, sans pour autant nier les effets des politiques néo-libérales sur les inégalités sociales de santé et sur leur acceptation. Elles produisent même des effets indirects sur la santé par leurs effets sur d'autres domaines de la vie sociale : le monde éducatif, mais aussi la sphère professionnelle, avec les souffrances physiques et psychiques liées à la gestion néo-libérale du travail. Mais la critique du néo-libéralisme est insuffisante pour penser les inégalités sociales de santé pour deux raisons. Elle est d'abord insuffisante pour les expliquer. Il y a en effet une lame de fond plus forte qui permet d'expliquer les inégalités sociales de santé. Le fait même que l'humanité dispose aujourd'hui de savoirs et de techniques plus efficaces que jamais pour allonger la vie est en soi un facteur d'inégalité dans la mesure où dans des sociétés déjà fortement inégalitaires, les individus sont plus ou moins aptes à utiliser et à posséder ces savoirs et techniques, que le sociologue Bernard Lahire nomme des « extensions de soi ». Dans des sociétés inégalitaires, le progrès technique et le progrès des connaissances finissent, de façon mécanique, par accroître les inégalités sociales de santé.

Le second point critique à l'égard de cette critique du néo-libéralisme est qu'il est tout à fait possible de critiquer celui-ci en adhérant plus ou moins explicitement et plus ou moins consciemment au libéralisme égalitaire. Le paradigme de la promotion de la santé est aujourd'hui défendu par des acteurs, des chercheurs, des associations, des soignants contre le néo-libéralisme, et à juste titre, mais cette critique peut se faire sur fond d'une adhésion au libéralisme égalitaire. Le risque des critiques du néo-libéralisme, par ailleurs justifiées, est qu'elles nous feraient presque oublier que le néo-libéralisme est un libéralisme, qu'il est, au fond, une continuation du libéralisme ancien par d'autres moyens et qu'il y a eu, dans l'histoire, des critiques très fécondes du libéralisme.

Le libéralisme égalitaire évoqué par Paul-Loup Weil-Dubuc est un courant philosophique du libéralisme politique qui s'est développé à partir de la publication, en 1971, de « *La théorie de la justice* », du philosophe américain John Rawls, et qu'incarnent également Ronald Dworkin et Amartya Sen. Son idée principale est qu'une société juste est une société qui est organisée de telle sorte que les individus ont une chance égale de réaliser leur projet de vie. Ce qui est visé, c'est l'égalité des opportunités entre individus. L'objet de la justice ne doit pas résider dans une vision du bien, une philosophie de la vie, des convictions religieuses, des goûts personnels, des valeurs, parce qu'aussi bien l'État que les philosophes ne peuvent déterminer une conception du bien qui serait meilleure qu'une autre. Dans ces conditions, toute tentative de justifier une politique au nom d'un bien commun prend le risque de l'arbitraire. Le libéralisme égalitaire repose donc sur le constat d'une irréductible pluralité des visions du bien et en cela, il est totalement libéral. Il n'est donc pas question que les individus soient forcés d'être en bonne santé, de vivre longtemps en adoptant des comportements favorables à la santé : ils subiraient alors l'arbitraire de forces sociales qui s'opposeraient à ce que

Catherine Audard, dans sa définition du libéralisme, a nommé « la souveraineté de l'individu ». Il s'agit de garantir son indépendance à l'égard de forces sociales émanant de l'État, d'autres individus ou d'entreprises qui pourraient le soumettre. En d'autres termes, le malheur en soi n'est pas quelque chose d'injuste et personne n'a un droit au bonheur. Ce qui est injuste, en revanche, c'est l'inégale distribution des conditions d'accès au bonheur.

La promotion de la santé, telle qu'elle est décrite par la charte d'Ottawa, en 1986, puis par d'autres textes de l'Organisation mondiale de la santé, est imprégnée de cette philosophie. Cette charte a fait l'objet de beaucoup d'interprétations, avec des accentuations plus ou moins individualistes, plus ou moins collectivistes, selon ceux qui se la sont appropriée, mais toutes ces interprétations et ces appropriations se reconnaissent dans cette pensée libérale égalitaire et en particulier, dans la filiation de la théorie des capacités d'Amartya Sen. Selon celle-ci, il faut égaliser les capacités, c'est-à-dire les capacités réelles dont disposent les individus de mener une vie qu'ils ont des raisons personnelles de vouloir vivre. La charte d'Ottawa revendique le même objectif dans le champ de la santé, la promotion de la santé désignant les processus par lesquels des individus et des collectifs acquièrent davantage de contrôle et de pouvoir d'agir – *empowerment* – sur leur santé. L'objectif n'est pas que les individus ou les collectifs soient en bonne santé mais qu'ils disposent des opportunités de l'être, conformément à l'idée qu'ils se font de la vie bonne et de la santé. Cela suppose des interventions éventuellement structurelles, des ressources de divers ordres : spatiales, architecturales, symboliques – c'est-à-dire de l'estime de soi –, cognitives, financières, mais aussi matérielles, comme l'accès à l'eau, à la nourriture, à des vêtements, à la possibilité de se chauffer, à des soins. Le programme est donc très ambitieux. Les inégalités sociales de santé sont injustes parce qu'elles résultent d'inégalités en matière d'opportunités. La promotion de la santé implique la lutte contre les déterminants sociaux de la santé, qui limitent le champ de contrôle des individus. Ils peuvent être structurels ou intermédiaires, exogènes ou endogènes, c'est-à-dire extérieurs ou intérieurs à l'individu.

Une fois précisé ce cadre idéologique de la promotion de la santé, on peut penser l'injustice des inégalités sociales de santé autrement. Elles seraient injustes comme symptôme d'une « hiérarchie des vies », d'après Didier Fassin, ou d'un consentement social sur la distribution différenciée des valeurs des vies dans la société. Le consentement n'est pas ici entendu comme un consensus, parce que plutôt que l'adhésion à une réalité, il désigne une acceptation, un accommodement, et parce qu'il peut être inconscient et peut-être seulement présumé. En France, il existe un « consentement présumé » au fait de donner ses organes après la mort : l'absence de refus explicite du prélèvement post-mortem équivaut à un consentement. Par analogie, on pourrait dire qu'il y a un consentement social présumé à une valorisation inégale des vies. Cela signifie que la préservation des vies ou de certaines vies n'est pas jugée suffisamment importante pour que l'on se soucie de leur destruction. Paul-Loup Weil-Dubuc propose d'appeler cette autre façon de considérer l'injustice des inégalités sociales de santé la « thèse critique ». Elle se réfère au projet de la théorie critique développée par l'école de Francfort, initialement par Horkheimer et Adorno, qui considèrent les problèmes sociaux, ici, les inégalités sociales de santé, comme les symptômes d'autres problèmes qu'il s'agit de mettre au jour. Cette mise au jour de problèmes fondamentaux à travers des symptômes est, dans le même temps, un processus d'auto réflexion des sociétés, qui révèlent les jugements implicites présents dans ces sociétés.

Cette thèse critique, où les inégalités sociales de santé sont injustes comme symptômes d'un consentement social sur la distribution différenciée de la valeur de la vie au sein de la société, mérite d'être analysée dans ses implications.

Elle suppose d'abord une certaine façon d'expliquer les inégalités sociales de santé, qui seraient les effets d'une valorisation inégale des vies. L'expression « hiérarchie des vies » due à Didier Fassin est elle-même inspirée par une citation du philosophe français Georges Canguilhem, qui, dans « *Le Normal et le Pathologique* », écrit : « tout se passe comme si une société avait la mortalité qui lui convient, le nombre des morts et leur répartition aux différents âges traduisant l'importance que donne ou non une société à la prolongation de la vie. En somme, les techniques d'hygiène collective qui tendent à prolonger la vie humaine ou les habitudes de négligence qui ont pour résultat de l'abrégé dépendant du prix attaché à la vie dans une société donnée, c'est finalement un jugement de valeur qui s'exprime dans ce nombre abstrait qu'est la durée de vie moyenne. » Ce que pointe ici Canguilhem est un consentement social à une certaine espérance de vie : les sociétés consentent à une certaine espérance de vie en fonction des efforts

qu'elles sont disposées à accomplir. On peut penser, par exemple, à propos des habitudes de négligence, que l'absence de lavage des mains exprime un jugement de valeur sur l'importance de la préservation des vies dans une société.

Pour illustrer son propos, Paul-Loup Weil-Dubuc cite quatre exemples. La consommation de produits gras et sucrés, mauvais pour la santé, statistiquement plus marquée dans les classes populaires, peut être considérée comme l'objet d'un consentement d'au moins trois types d'acteurs : les fabricants de ces produits, les consommateurs de ceux-ci et les États. Les fabricants définissent, en conformité avec les normes réglementaires en vigueur, les conditions de production et de commercialisation en fonction des potentiels consommateurs qui pourront acheter ces produits. Ils connaissent les ravages que vont provoquer ces ventes et savent que ces ravages concerneront davantage les populations les moins fortunées. Cela ne les empêche aucunement de commercialiser ces produits. La volonté de commercialiser ces produits en dépit des conséquences peut être considérée comme le résultat d'un consentement plus ou moins conscient à cette exposition différenciée. Les consommateurs, en achetant et en consommant ce type de produit, consentent, consciemment ou non, aux risques qu'ils impliquent. Dans « *La Distinction* », Pierre Bourdieu interprétait la consommation de produits roboratifs comme l'expression d'un « goût du nécessaire », d'un choix forcé pour les nourritures roboratives qui font tenir et reproduisent la force de travail. Ce goût du nécessaire, qui correspond à un réel plaisir pour ces nourritures, est lui-même la composante d'un *habitus* : l'intériorisation, au plus profond du corps, d'une certaine vision de la vie, qui pousse à chercher avant tout les nourritures qui font tenir, qui offrent un ratio prix/calories satisfaisant, plutôt que les nourritures saines ou bonnes pour la santé. Enfin, les États n'interdisent pas la vente de ces produits. Ils conditionnent certes leur vente à un certain nombre de règles et font en sorte d'informer les acheteurs de leur nocivité, mais ces actions d'information ne suffisent pas à contrer les effets de la commercialisation.

Le deuxième exemple est celui des chauffeurs routiers, aux États-Unis, qui, selon une étude publiée en 2013, vivent seize ans de moins que la population générale. Une écrasante majorité d'entre eux se trouvent soit en surpoids, soit atteints d'obésité, et 57 % souffrent de troubles du sommeil. En Europe, selon une étude française menée auprès de chauffeurs routiers de 18 pays différents, 73 % seraient soit en surpoids soit atteints d'obésité, 38 % seraient fumeurs et 29 % déclarent pratiquer une activité sportive. Là encore, on peut penser qu'un autre consentement social est à l'œuvre. Les entreprises de transport routier proposent aux chauffeurs de poids lourds des salaires de 10 €/heure à l'embauche pour un travail réalisé en grande partie la nuit et dont on sait les contraintes physiques. L'État français juge cela acceptable. Les chauffeurs y consentent, jugeant qu'ils peuvent vivre ainsi au moins quelques années. Ce consentement social se traduit par un risque majoré d'accidents de la route, l'adoption de comportements à risque, le développement de troubles psychiques, etc.

Troisième exemple, le recours différencié au dépistage organisé du cancer. Une étude du Centre régional de coordination des cancers en Île-de-France a montré, dans le cadre d'actions de promotion de la santé menées dans une soixantaine de quartiers prioritaires en politique de la ville en Île-de-France, que la moitié profitaient de ces actions pour faire participer les populations au dépistage organisé du cancer et que la participation des habitants était accrue, alors que dans l'autre moitié, il n'y avait pas du tout de participation des habitants. Les auteurs de l'étude expliquent cette différence par le fait que d'un côté, il y a des quartiers qui ont une identité, qui ont bénéficié de projets d'aménagement urbain, où les actions de promotion de la santé ont reçu le soutien des élus et des associations locales et où les chargés de prévention parviennent à impliquer les habitants dans l'organisation de ces dépistages. De l'autre côté, ce sont des quartiers plus enclavés, sans identité, des quartiers périphériques, de passage, marginalisés. Les actions y ont très peu d'effets. Selon les auteurs, les capacités d'action sont « tributaires d'actions préexistantes d'ordre structurel qui concernent l'aménagement urbain, les transports, la connexion à la vie sociale et à la vie économique ». De ce point de vue, l'approche de Bourdieu est intéressante : sans doute peut-on dire que les habitants de ces zones enclavées ont incorporé un goût de nécessité, un certain fatalisme qui ne les dispose pas à prendre soin d'eux-mêmes. Ils ont jugé que le dépistage d'un cancer n'était pas la priorité pour eux et sans doute, que la préservation de leur vie ne valait pas suffisamment pour qu'ils se prêtent à des dépistages.

Dernier exemple : plusieurs recherches ont montré, notamment au Royaume-Uni et en France, qu'il existait, à l'entrée des services d'urgence, des pratiques de sélection sociale sur la base de critères plus ou moins implicites. La sociologue

Sylvie Morel a identifié quatre filières de soins pour les soins urgents. La première est celle des cliniques privées à but lucratif qui ont parfois un service d'urgence mais qui refusent d'accueillir les patients les plus précaires, grabataires, psychiatriques ou polyopathologiques, dans un souci de rentabilité, parce qu'ils sont susceptibles de bloquer des lits. La deuxième est celle de l'hospitalisation programmée pour les soins urgents mais sans passer par les urgences, la troisième, celle des services de spécialité, en aval des urgences et la quatrième, les soins d'assistance médico-sociale, également en aval des urgences. À la suite du travail de Pierre Lombrail, Sylvie Morel indique que les patients les plus précaires sont dirigés en grande majorité vers cette dernière filière. On peut voir là un consentement social faisant intervenir une multitude d'acteurs, dont un premier indice réside dans le fait que les patients polyopathologiques ou psychiatriques sont statistiquement les plus défavorisés. À cela s'ajoutent l'organisation des soins et les choix des professionnels, qui peuvent renforcer cette inégalité. Cette situation suscite un malaise éthique pour les personnes qui travaillent aux urgences, qui peuvent constater l'existence des inégalités sociales de santé et se rendre compte que les patients les plus défavorisés ne sont pas les patients prioritaires. Mais d'un autre côté, ce qui leur est demandé est de fournir les soins les plus efficaces, ce qui suppose de traiter en priorité les patients qui ont une pathologie spécifique, qui sont statistiquement les plus favorisés.

Cette multitude de consentements sociaux finissent par former ensemble un consentement social, cette « hiérarchie des vies » évoquée précédemment : nous acceptons collectivement que certains groupes de populations soient plus exposés à des risques que d'autres.

Paul-Loup Weil-Dubuc propose de s'arrêter sur l'injustice de ce consentement social. La première injustice est qu'il produit des inégalités sociales de santé, puisque des groupes sociaux sont particulièrement exposés à des risques. L'implication de cette injustice en termes pratiques est le fait qu'il faut défaire ces consentements sociaux, ce qui induit peut-être d'empêcher l'existence de métiers à risque ou au moins, de revoir la division du travail de sorte que les tâches les plus dures psychologiquement ou physiquement ne soient pas entièrement dévolues à certains métiers. Cette conception de la justice conduit à penser qu'il faut limiter autant que possible les phénomènes de ségrégation sociale par des politiques actives de logement social et peut-être, par une réflexion sur la limitation de l'enseignement privé, qui est un grand facteur de ségrégation sociale, et par d'autres mesures de ce type. Elles sont bien sûr discutables mais elles ne sont pas envisagées dans les rapports de l'OMS et ne sont jamais envisagées au titre de la promotion de la santé. Cela s'explique par le fait que les libéraux, aussi égalitaires soient-ils, refuseront de telles interventions au nom des libertés des agents économiques et des citoyens. Selon l'épidémiologiste Michael Marmot, il faut lutter contre les inégalités sociales de santé par des moyens « raisonnables », sans préciser ce que seraient les moyens déraisonnables. Sans doute considère-t-il qu'il y a des limites à l'intervention publique, même au nom d'une réduction des inégalités sociales de santé, et que ces limites résident précisément dans les libertés individuelles, dans l'idéal d'un individu souverain qui ne subisse pas l'arbitraire de forces extérieures. Plus fondamentalement, pour les libéraux, ce n'est pas le consentement social donné à l'existence de métiers à risque ou d'aliments à risque qui compte. Qu'il existe certains métiers à risque ou des aliments dangereux pour la santé et même, que certains exercent ces métiers ou consomment ces aliments n'est pas le problème. L'injustice n'est pas là. Il y a injustice quand les individus ne disposent pas des ressources pour ne pas choisir ces métiers ou aliments à risque. C'est ce que dit l'approche par les capacités contre les approches libérales les moins sociales ou les moins socialistes : ce n'est pas parce que les individus consentent à des activités risquées ou développent des goûts ou des préférences dangereuses qu'ils agissent librement. Ils peuvent manquer de connaissances sur les risques, de littéracie, ils peuvent manquer d'estime de soi, ils peuvent développer ce que certains philosophes et économistes ont appelé des préférences adaptatives, c'est-à-dire adapter leurs préférences aux possibilités réelles qu'ils ont dans leur vie. Mais ces phénomènes sont traités par les libéraux comme les effets d'un manque d'opportunités et par conséquent, nécessiteront toujours une dotation supplémentaire en ressources : plus de connaissances pour compenser le manque de littéracie, plus d'estime de soi pour compenser le manque de ressources symboliques, plus de ressources matérielles, etc.

Une première opposition apparaît ici entre libéralisme égalitaire et théorie critique : pour réduire les inégalités sociales de santé, la dotation en ressources peut-elle suffire à compenser les effets de métiers et d'aliments destructeurs, de la ségrégation ? Peut-on se contenter d'agir, même de façon structurelle, sur l'architecture des choix individuels, même en changeant l'environnement ? Ou faut-il défaire ce consentement social ? Les tenants de la thèse critique

diront que l'existence même de métiers à risque et la division du travail qui la rend possible sont problématiques et qu'au moins, tout cela doit être discuté.

Mais les effets du consentement social sur les inégalités sociales de santé ne sont pas seuls en jeu dans l'injustice. Didier Fassin, à la suite d'Anna Arendt, opère une distinction sur le sens du mot « vie ». Son premier sens est la propriété la plus élémentaire, la caractéristique élémentaire de tout être vivant : le fait de ne pas être mort. C'est la vie au sens biologique. Mais la vie est aussi un ensemble d'événements qui se situent entre la naissance et la mort, événements que l'on peut raconter, et la vie, dans ce sens-là, peut être jugée bonne, heureuse, malheureuse, pénible... C'est la vie biographique. On utilise ces deux sens du mot « vie » de façon très ordinaire. Ces deux dimensions de la vie sont imbriquées. La vie biologique porte les marques de la vie biographique. La dureté, la pénibilité de la vie s'imprime sur le corps, s'y incorpore de multiples façons, en fonction de la diversité infinie des milieux de vie. Il ne s'agit pas de dire que la santé d'un individu est entièrement déterminée par ses conditions de vie. Le hasard, la génétique et d'autres facteurs interfèrent. Il s'agit encore moins de dire que la longévité est toujours corrélée à de dures conditions de vie : on peut avoir une vie longue et mauvaise ou une vie courte et bonne. Il s'agit seulement de dire, à l'échelle de groupes sociaux, que les conditions de vie exposent plus ou moins à des risques et que l'appartenance à tel ou tel groupe social définit un horizon d'attente en matière d'espérance de vie ou de qualité de vie, horizon que les démographes ont bien fait de nommer « espérance de vie ». Il n'est pas extraordinaire, pour un chauffeur routier, aux États-Unis, de mourir à 65 ou 70 ans. En revanche, pour un cadre supérieur, c'est beaucoup plus extraordinaire.

Il y a donc une autre dimension de l'injustice par rapport à ces deux sens de vie. Le consentement social produit une inégalité des vies au sens biologique, mais il produit aussi une inégalité des vies au sens biographique. Il détermine en effet également la qualité de vie. Il est performatif. La performativité est un concept inventé par un philosophe. C'est un acte de langage qui devient réalité en s'énonçant. Lorsqu'un maire prononce les mots : « je vous marie », il produit un acte de mariage. De la même façon, on peut dire qu'en s'énonçant, ce consentement social produit la réalité qui fait l'objet du consentement. En jugeant les vies inégales, la société les rend inégalement vivables.

La philosophe américaine Judith Butler, dans le texte d'un discours intitulé « *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?* » – en anglais, « comment mener une vie bonne dans une vie mauvaise ? » –, défend la thèse que des vies sont intrinsèquement mauvaises, invivables. Elle affirme qu'il est impossible, pour les sujets les plus marginalisés dans la société, ceux dont la vie n'est pas pleurée, ceux qui n'ont pas de funérailles, ceux qui ne bénéficient d'aucun soutien social, de se poser même la question de ce qu'est une vie bonne, dans la mesure où pour se poser cette question, il faut déjà avoir une vie. Elle conclut de son analyse que certaines vies sont proprement invivables. Au-delà de l'extrême de ces vies invivables, on peut sans doute supposer que les vies sont plus ou moins vivables. C'est d'ailleurs une idée assez ordinaire, que l'on entend souvent, notamment lorsqu'une personne se demande à quel point sa vie vaut la peine d'être vécue : ma vie vaut-elle l'effort que je déploie chaque jour pour la continuer ? De façon ordinaire, certaines conditions de vie rendent la vie plus ou moins vivable et sans doute peut-on affirmer, à la suite de Judith Butler, que parmi les facteurs de pénibilité de la vie, les destructions exercées par la société sont déterminantes.

Dans le film « *Moi, Daniel Blake* », de Ken Loach, qui a reçu la Palme d'or en 2016, Daniel Blake, menuisier, apprend par son médecin qu'il ne peut plus travailler en raison d'un fort risque d'infarctus. Mais il ne parvient pas à faire reconnaître son inaptitude à travailler par l'organisme équivalent à Pôle emploi en Angleterre. Le film raconte son odyssée administrative, son combat quotidien pour être reconnu inapte à travailler, alors même qu'il arrête de travailler à contrecœur. Surtout, le film raconte la pénibilité des démarches administratives, à la fois stressantes, fatigantes, humiliantes, qu'il doit accomplir, et montre qu'à cette période de sa vie, Blake vit une vie pénible, à la limite du supportable.

Sur ce point, le libéral refusera de conclure que Blake vit une vie pénible, au nom même de l'impossibilité de juger de la vie bonne. Il lui sera impossible d'affirmer qu'une vie est objectivement invivable. Il s'indignera même contre cette idée en arguant que toutes les vies valent d'être vécues. Il pourra considérer, par exemple, que lorsque les personnes jugent leur vie mauvaise, ce n'est pas que leur vie est objectivement mauvaise mais que c'est un problème d'estime



de soi qui se pose et que nous devons à tout prix faire en sorte que ces personnes qui ont perdu l'estime de soi retrouvent goût à leur vie.

En réponse à cela, la théorie critique peut répondre que le problème n'est pas seulement que les individus se déprécient ou déprécient leur vie. Le problème est qu'ils ont peut-être de bonnes raisons de juger leur vie invivable ou difficilement vivable, car ils sont mieux placés que n'importe qui pour porter un jugement sur leur propre vie, jugement que nous ne pouvons pas ignorer. Sur ce point, Ken Loach choisit délibérément un personnage aux traits finalement assez génériques, auquel finalement chacun d'entre nous peut s'identifier, une sorte de monsieur Tout-le-Monde, précisément pour souligner que tout le monde, à la place de Blake, aurait pu éprouver ce que Blake ressent, c'est-à-dire qu'il a une vie pénible.

Si l'on peut considérer que les vies sont inégalement vivables et que les inégalités sociales de santé sont les effets de cette inégale pénibilité, on parvient à la thèse critique. Le problème n'est pas seulement qu'il y ait des inégalités sociales de santé mais plutôt l'inégale pénibilité des vies dont ces inégalités sociales de santé ne sont qu'un symptôme. Cette conclusion est en accord avec nos intuitions morales les plus profondes sur les inégalités sociales de santé : si ces inégalités nous semblent intuitivement injustes, ce n'est pas simplement parce qu'elles existent. C'est parce qu'elle nous semble témoigner d'un traitement inégal des vies. C'est d'ailleurs ce que l'on ressent à la fin du film de Ken Loach : la mort de Daniel Blake n'apparaît pas seulement comme la conséquence du stress ou de ses conditions de vie mais comme la conséquence d'un traitement qui lui est fait par la société. Sa mort est l'effet et la manifestation, le symptôme des épreuves qui lui ont été imposées. Le réalisateur semble dire qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que Blake meure : il est normal que des individus comme Blake meurent à cet âge.

Paul-Loup Weil-Dubuc propose de développer l'implication pratique de cette thèse. Les conclusions ne changent pas : il faut chercher à défaire le consentement social, en s'interrogeant sur la division du travail et sur la ségrégation sociale. Ce qui change, en revanche, est la finalité de telles actions. Si l'on supprime certains métiers ou que l'on interdit la vente de certains aliments seulement pour réduire les inégalités de santé, c'est peut-être une motivation un peu faible. Mais si on le fait pour que les gens aient une vie meilleure, pour qu'ils soient moins soumis à la destruction sociale, c'est sans doute une motivation plus forte.

La première conclusion que tire Paul-Loup Weil-Dubuc de cette réflexion, c'est qu'un débat politique, citoyen sur les inégalités sociales de santé est nécessaire. Le débat entre libéraux égalitaires et tenants de la théorie critique n'existe pas. Cette discussion n'a pas lieu dans l'arène politique. Aucun parti politique ne s'intéresse réellement aux inégalités sociales de santé, aujourd'hui. Cette question n'est pas non plus posée dans les revendications des manifestations, et cette discussion n'a pas lieu non plus dans l'arène des sciences humaines et sociales, pas même en philosophie, où le paradigme libéral égalitaire est largement dominant, à travers un champ de réflexion qui se cristallise autour de l'équité en santé, *health equity*, développée dans de nombreux articles, alors qu'il y a très peu d'articles de partisans de la théorie critique sur les inégalités sociales de santé.

Paul-Loup Weil-Dubuc rappelle les deux conceptions de l'injustice des inégalités sociales de santé présentées. La première, libérale égalitaire, situe l'injustice de ces inégalités dans le manque d'opportunité des individus, dans un déficit de contrôle sur les déterminants de la santé. Le libéralisme se refuse à porter un jugement sur la vie bonne. Ce qui compte, ce sont les ressources dont disposent les individus et les groupes, en eux-mêmes ou en dehors d'eux-mêmes, pour améliorer leur santé. L'autre conception de la justice des inégalités sociales de santé, que Paul-Loup Weil-Dubuc qualifie de « conception critique », pense ces inégalités comme des symptômes d'un consentement social à distribution différentielle de la valeur de la vie, consentement doublement injuste parce qu'il produit des inégalités sociales de santé, d'une part, mais aussi et surtout parce qu'il rend les vies plus ou moins vivables. Cette double injustice implique une double critique de la promotion de la santé.

Première critique : selon la perspective de la promotion de la santé, les inégalités sociales de santé semblent être d'abord pensées comme les résultantes de manques ou de déficits. Une fois posé ce diagnostic, la réponse logique est qu'il faut redistribuer des ressources pour compenser ces manques. La promotion de la santé demeure donc dans une logique d'aide ou d'assistance. Il s'agit de donner aux individus des ressources via la redistribution. Contre cette idée,

un tenant de la thèse critique pourrait répondre que les inégalités sociales de santé ne résultent pas d'abord de manques mais de destructions, qui causent certes des manques, mais qui sont premières par rapport à ces manques. Cette différence a une implication majeure parce que si l'on pense les inégalités sociales de santé comme le résultat de destructions, le but de l'action politique est d'abord négatif. Il ne s'agit plus de donner ou de distribuer aux individus, de s'inscrire dans une logique d'aide ou d'assistance. Il s'agit simplement d'empêcher des destructions. On pourra dire que les systèmes de soins, les systèmes d'accès à la santé ont précisément pour vocation de donner aux individus des soins ou des ressources pour être en bonne santé. Mais c'est une question de point de vue. Il semble même que l'histoire des systèmes de soins donne plutôt raison à l'idée selon laquelle les inégalités sociales de santé sont d'abord les effets de destructions.

En France, par exemple, selon l'histoire qu'en propose François Ewald, l'État social ne doit rien à l'assistance ou à la charité. Face aux accidents du travail et devant la multiplication des litiges opposant ouvriers et patrons, il a fallu renoncer à penser les aléas de la vie sous le signe de la responsabilité individuelle et imputer à la société les risques auxquels tout individu est soumis. Ce n'est donc pas, d'abord, le constat de manque. Lorsque les États providence se créent, ce n'est pas pour aider les individus. C'est pour reconnaître une dette de la société à l'égard des destructions qu'elle fait subir aux individus – ici, à travers les accidents du travail.

Par ailleurs, au-delà de l'égalité d'accès aux soins et des règles de la distribution des biens, les modalités de la production de soins relèvent aussi d'arbitrages. Aux urgences, les pénuries de soins et de soignants ou même de masques ne sont pas simplement des faits tragiques. Elles résultent bien de consentements sociaux ou encore de triages systémiques, pour reprendre l'expression de Jean-Paul Gaudillière, Caroline Izambert et Pierre-André Juven, dans leur ouvrage sur la pandémie. Pour eux, la crise du coronavirus n'aurait pas été si destructrice, n'aurait pas creusé à ce point les inégalités sociales de santé si la santé publique avait été plus forte. Le fait des inégalités sociales de santé n'invite donc pas seulement à repenser la distribution des ressources, mais aussi leur production : qui produit ? Comment produit-on ? Où produit-on ? En quelle quantité ? Etc.

La deuxième critique de la promotion de la santé cible la finalité même de celle-ci. Comme son nom l'indique, la promotion de la santé promeut la santé. On ne prend pas la mesure de l'injustice que représentent les inégalités sociales de santé si l'on en fait seulement un problème de santé publique. Pour qu'il y ait davantage de débat et de mobilisation sur les inégalités sociales de santé, il faut sortir ce sujet de la santé publique et considérer ces inégalités comme symptôme d'un dysfonctionnement social, comme un indicateur de la destruction exercée par la société sur les individus et les groupes qui la composent. Tant que les inégalités sociales de santé sont considérées seulement comme un problème de santé publique, qui implique, certes, des politiques multisectorielles, comment on le défend aujourd'hui, à juste titre, mais qui reste tout de même un problème de santé publique, ces inégalités ne peuvent pas susciter de débat et continueront d'être silencieusement acceptées par les sociétés.

## Échanges avec la salle

**François Alla** remercie Paul-Loup Weil-Dubuc pour l'éclairage très riche fourni dans son intervention. Il souligne la difficulté de rebondir sur de tels propos, surtout pour un acteur de la promotion de santé.

Cette conférence est l'occasion, certes au sein d'un petit espace, de créer le débat qui manque sur la finalité de la promotion de la santé et éventuellement, sur les concepts sous-jacents et sur les risques, parfois.

Pour amorcer la discussion, François Alla livre quelques réflexions décousues suscitées par les propos de Paul-Loup Weil-Dubuc et par la lecture de son ouvrage.

Le libéralisme égalitaire, la théorie des capacités imprègne la promotion de la santé ou une vision de celle-ci. Le terme de « capacités » est assez proche de celui de « compétences psychosociales ». Cela repose en partie sur un double mensonge. Premièrement, les conditions sont rarement réunies, notamment dans un monde libéral, au regard de la notion de « moyens raisonnables » évoquée par Michael Marmot. Dans le monde tel qu'il est construit, il n'y

aura jamais les conditions permettant à chacun de s'emparer d'un environnement favorable pour promouvoir et améliorer sa santé. Deuxièmement, ce n'est pas parce qu'il existe des opportunités que chacun va s'en emparer. Ce n'est pas parce qu'une personne consent qu'elle agit librement. L'exemple du dépistage des cancers le démontre : malgré l'accessibilité théorique, l'opportunité n'est pas réelle. La dotation de ressources ne peut pas suffire. Cette question interroge les acteurs de la promotion de la santé dans leurs pratiques. Faut-il pour autant jeter le bébé avec l'eau du bain ? Il est nécessaire de défaire ces consentements sociaux à la valeur différentielle des vies. Il faudrait peut-être aussi penser les inégalités sociales de santé comme un symptôme plus profond des inégalités sociales qui s'exprime dans la santé. Mais si on ne l'aborde que par le bout de la santé, on ne réglera pas la cause.

Pour illustrer son propos, François Alla s'appuie sur l'exemple du travail de nuit. La bonne solution serait de l'interdire, s'il n'est pas indispensable. Il est indispensable dans un lieu de soins mais ne l'est peut-être pas dans une usine pour un travail posté. En tant que professionnel de santé, François Alla peut plaider ou manifester contre le travail de nuit. Cela n'empêche pas de se dire, pour les personnes qui sont aujourd'hui en travail de nuit, qui s'exposent à des problématiques de santé, qu'un travail de limitation des risques ou des conséquences peut être effectué à travers des approches de promotion de la santé, un accompagnement, une réflexion sur les conditions de travail. Cela peut paraître paradoxal. Mais s'il n'est pas possible de changer complètement ce monde, on peut s'efforcer d'accompagner au mieux les populations et de réduire le plus possible les expositions, avec cependant le risque d'être instrumentalisé. Le champ de la santé – environnement est typiquement un champ où les pouvoirs publics, relayant les industriels, se servent de la promotion de la santé et des actions de prévention comme d'un bon prétexte et une bonne motivation pour ne pas changer les choses structurellement. Il est plus facile de maintenir sur le marché des produits dangereux, mais d'avoir un site qui vous explique comment, en tant que parent, vous allez gérer l'exposition de vos enfants. Les acteurs de la promotion de la santé se situent entre d'un côté, une réalité qu'ils ne peuvent pas changer, et où ils s'efforcent d'agir le mieux possible en termes de santé et d'égalité devant la santé, mais avec, de l'autre côté, le risque d'être instrumentalisés par un discours qui valorise le fait que l'on prend soin de ceux qui travaillent de nuit, que de grands programmes de recherche sont menés, qu'il existe des plans d'action, des accompagnements, etc. Cela soulève des questions et parfois, des doutes. Ce sont des sujets qu'il convient de mettre sur la table et d'aborder.

La présence de la communauté de promotion de la santé en milieu de soins réunie ici fournit l'occasion de recueillir les réactions des professionnels concernés, de partager les doutes, les expériences et leur vision des choses.

François Alla invite les participants à prendre la parole.

**Un participant** fait part de son sentiment que le plus gros doute vient de l'être humain en lui-même, qui, dans toutes les sociétés politiques ou sociales dans lesquelles il a vécu, n'a finalement pas un désir majoritaire d'équité, qu'elle soit sociale ou qu'elle soit en santé. Cette montagne infranchissable donne la sensation que vouloir obtenir une équité globale en santé est un vœu pieux. Certains, en URSS, ont même utilisé des moyens « non raisonnables » pour obtenir plus d'équité sociale. Cela n'a pas bien fonctionné, sans doute pour des raisons politiques. Cela semble néanmoins propre à la nature humaine.

**Paul-Loup Weil-Dubuc** observe que ces deux réactions se conjuguent assez bien. Il souligne que son propos n'était pas contre les actions de promotion de la santé, dont il pense qu'elles sont utiles, mais contre l'instrumentalisation de ces actions, qui pourrait faire penser qu'en faisant de la promotion de la santé, on en a fini avec le problème de justice posé par les inégalités sociales de santé. D'année en année, des rapports très offensifs ayant pour objectif la réduction des inégalités sociales de santé se succèdent, mais les moyens mis en face sont très insuffisants. Une révision de l'objectif paraît s'imposer, en reconnaissant qu'il y a une montagne infranchissable, que l'on n'arrivera jamais à réduire les inégalités sociales de santé et même que peut-être, elles vont augmenter inexorablement. En tout cas, l'objectif fixé ne semble pas honnête.

**Christine Ferron**, déléguée générale de Fédération Promotion Santé, salue la grande richesse de la présentation de Paul-Loup Weil-Dubuc, qui invite les acteurs à s'interroger sur leurs pratiques, sur leurs finalités, sur la philosophie générale de leurs actions. Elle évoque un point qu'il a présenté comme un paradoxe, qui, pour elle, n'est qu'apparent, quand il se demande comment il se fait que les inégalités sociales de santé soient toujours aussi importantes alors que

la promotion de la santé est « au cœur de l'agenda politique ». Christine Ferron pense que ses collègues s'accorderont avec elle pour affirmer que la promotion de la santé n'est pas du tout au cœur de l'agenda politique. Elle est affichée comme telle dans la politique nationale de santé, mais au-delà de l'affichage et de l'intitulé des différents documents supposés stratégiques en la matière, le contenu de ces documents n'a rien à voir avec la promotion de la santé. Il s'agit plutôt de prévention, voire de prévention médicalisée – ce qui présente aussi un intérêt, bien sûr. Christine Ferron ignore s'il faut y voir, de la part du politique, une forme de cynisme, de dissimulation, d'impuissance ou un manque de volonté de mettre en œuvre ce qu'il faudrait mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé, qui dépasse très largement le champ de la santé. Cela va bien au-delà et demande des transformations sociales et politiques bien plus profondes. Christine Ferron ne voit en tout cas aucun paradoxe dans ce constat, qui résulte bien de ce que produisent les politiques.

Elle souligne par ailleurs que les acteurs de la promotion de la santé avec lesquels elle travaille ne se situent pas exclusivement dans une perspective de santé. Leur finalité est bien celle d'une transformation sociale profonde. Ils portent une vision de la société qui inclut des modalités d'intervention sur les inégalités sociales de santé qui sont efficaces, mais qui sont des mesures politiques, avec des changements de fond. Pour eux, l'*empowerment* n'est pas un développement du pouvoir de manger mieux ou de faire plus de sport. C'est le développement du pouvoir d'agir comme un acteur de transformation sociale, donc un pouvoir de contribuer au débat public sur les questions de santé qui concernent les gens, mais aussi sur toutes les questions qui dépassent celles de la santé et qui concernent ses déterminants, au sens très large.

Ces conceptions cohabitent au sein de la santé. L'OMS n'apporte rien de révolutionnaire en matière de promotion de la santé. On peut néanmoins retenir les aspects intéressants dans ses rapports et ses discours et construire autre chose à côté, imaginer d'autres modalités d'action. C'est la liberté des acteurs de la promotion de la santé.

**Paul-Loup Weil-Dubuc**, revenant sur l'idée que l'importance de la promotion de santé n'est qu'un affichage et ne constitue pas un paradoxe apparent mais un paradoxe réel, se demande s'il existe des exemples de pays où ce n'est pas que de l'affichage, où de vraies politiques de la promotion de la santé sont menées, et, le cas échéant, si l'on a pu y observer une diminution radicale des inégalités sociales de santé.

**Christine Ferron** indique que certains pays ont adopté des démarches communautaires en santé, qui ont eu des effets. Mais dans un débat sur la question des inégalités sociales de santé, elle trouve dommage de ne regarder que le niveau national, sans explorer ce qui se fait au niveau local. Au niveau national, l'évolution des chiffres des inégalités sociales de santé, de l'espérance de vie, de l'espérance de vie en bonne santé ne traduit pas une grande révolution. Les actions menées n'ont pas d'influence sur ces résultats. En revanche, à l'échelle territoriale, il se passe des choses très intéressantes, y compris en termes d'inégalités sociales de santé. Lors d'un webinaire organisé par l'École des hautes études en santé publique, trois coordinatrices de contrats locaux de santé ont présenté leur façon de traiter les inégalités sociales de santé et d'agir à l'échelle de petits territoires. Elles faisaient la démonstration qu'il était possible de produire des effets très intéressants à cette échelle.

**Paul-Loup Weil-Dubuc** relève par ailleurs qu'au regard de la volonté de transformation sociale des porteurs d'actions en promotion de la santé, l'expression « promotion de la santé » n'est pas très bien choisie. Dans ce cas, le but n'est pas de promouvoir la santé.

**François Alla** ajoute que la question de savoir s'il s'agit d'une fin ou d'un moyen a été largement évoquée. Il confirme que si, au niveau national, il arrive que l'on fasse des révolutions, au niveau local, il se passe beaucoup de choses, même dans un pays centralisé comme la France. Des communes, des réseaux de professionnels de santé, des acteurs se mobilisent, y compris sur les déterminants structureaux de la santé, en termes d'organisation de vie, de transgénérationnel, qui ont un impact sur la santé. Il existe autant de réalités que de territoires et de visions, mais certains se servent de la santé comme un vecteur pour une transformation sociale qui, en retour, a un impact en termes de réduction des inégalités et in fine, de réduction des inégalités de santé. Il y a un jeu entre ces deux logiques, sachant que la question des financements impose de rentrer dans des grilles et que dans les évaluations, on ne mesurera pas comment le lien social a été amélioré mais de combien la mortalité a été réduite. Ces logiques complexes

obligent parfois à des doubles, voire des triples discours. Mais sur le terrain, de nombreuses initiatives très intéressantes sont menées, qui ne sont pas forcément mises en valeur et mériteraient d'être capitalisées.

François Alla revient également sur la notion d'*empowerment*, traduite en France par le mot « autonomisation », alors que c'est l'opposé. Étymologiquement, l'*empowerment* correspond au fait de prendre le pouvoir, pas uniquement en matière de santé, mais en matière de droits civiques, puisque cette notion est née avec les mouvements de droits civiques aux États-Unis. À l'inverse, l'autonomisation consiste à donner une part d'autonomie, mais d'un pouvoir que l'on garde, comme on a pu le constater en promotion de la santé ou en éducation thérapeutique. Ce sont des paradoxes qui n'ont pas toujours été résolus. François Alla cite à ce propos la phrase d'une thèse sur l'éducation thérapeutique : « l'*empowerment* ou l'autonomisation du patient est là pour favoriser son observance thérapeutique », et souligne le paradoxe entre l'*empowerment* et l'observance : le professionnel de santé veut-il que le patient ou la communauté prennent le pouvoir pour faire des choix qui ne sont pas forcément les siens, ou veut-il qu'il rejoigne des préconisations d'observance thérapeutique ? Les paradoxes sont multiples, en promotion de la santé. Il est nécessaire de les poser dans des espaces comme celui de cette conférence, parce qu'en termes d'objectifs, de stratégies, de moyens, de leviers, de partenariats, ce n'est pas du tout la même chose.

**Paul-Loup Weil-Dubuc** avoue qu'il connaît moins le dynamisme des acteurs de la promotion santé à l'échelle territoriale. Il se réfère à la charte d'Ottawa, dans laquelle l'*empowerment* n'est pas défini comme une conquête d'autonomie par un collectif qui s'emparerait de droits ou de pratiques, et où il est écrit : « la promotion de la santé est le processus par lequel on confère aux individus et aux populations... » Le « on » est plus grand que les individus et les populations concernées. Il s'agit de donner des outils. C'est plus une autonomisation qu'une conquête.

**François Alla** ajoute que les objectifs sont fixés par ce « on ». Ce ne sont pas des objectifs que se fixent les personnes ou la population. On l'observe aussi en France dans les débats sur la réduction des risques. La question est souvent mise sous le tapis, sauf pour donner lieu à des joutes idéologiques. Le débat n'est pas posé, alors qu'il a de vraies conséquences sur la façon de travailler des acteurs de la promotion de la santé.

**Une participante** indique avoir trouvé intéressant de citer le mouvement contre la réforme des retraites, qui a été très massif et qui a connu une très forte mobilisation. Elle souligne le propos selon lequel les populations qui étaient dans la rue protestaient contre le recul de l'âge de départ à la retraite, mais de manière générale, n'avaient pas évoqué les inégalités sociales. Cependant, vu la façon dont ce mouvement a été réglé par le politique, sans un débat au sein même du lieu du débat qu'est l'Assemblée nationale, on peut se demander ce qui se serait passé si, en plus de leurs revendications, limitées à l'âge du départ à la retraite, les manifestants avaient porté la volonté de changements sociaux en profondeur. C'était une forme de réalisme de leur part. Et même en étant réalistes, ils n'ont pas du tout été entendus. Ils ont même été traités avec mépris, en fin de compte.

**Une autre participante** évoque le sujet de l'environnement, où, malgré la concertation, les propositions émises par un panel de personnes représentatives n'ont pas été écoutées et n'ont pas été suivies d'effet. Certaines décisions politiques sont même allées à l'encontre de ces propositions. Le consentement aux inégalités, la résignation dont il a été question précédemment sont aussi le résultat de l'absence d'écoute et de la non-prise en compte de la production des personnes concernées. Cela pose la question de la place que l'on donne au pouvoir d'agir.

**Paul-Loup Weil-Dubuc** partage cette analyse. Il déplore néanmoins que la revendication n'ait porté que sur la défense d'un temps de retraite et non d'un temps global de vie. Il aime à penser que si un groupe de personnes se levait pour faire valoir que son espérance de vie ou son espérance de vie en bonne santé était faible, cela aurait un effet. Certains mouvements, comme *Black Lives Matter*, s'inscrivent dans cette idée et font beaucoup parler d'eux.

**Un participant** observe que le monde actuel est un monde néo-libéral, où les dirigeants n'ont aucun intérêt à ce que cela change et ne mettent pas les moyens de prévention et d'éducation pour l'autonomisation des classes défavorisées en santé. Il relève que pourtant, le mouvement des gilets jaunes, qui a duré un certain temps, a presque créé une révolution, en France, parce qu'il n'était pas écouté. Il a fini par être écouté mais finalement, le mouvement s'est endormi faute de combattants. Les moyens d'une modification sociale en profondeur qui permettrait de changer la

situation, en prévention ou en éducation, n'existent pas. Et les gens qui sont au pouvoir ne veulent rien changer, l'OMS pas plus qu'eux.

**François Alla** fait valoir que les acteurs n'ont peut-être pas les moyens d'agir, mais qu'ils ont les moyens de parler. En France, les professionnels de santé sont assez silencieux sur ces questions fondamentales. Le *JAMA*, l'organe des médecins américains, qui ne sont pas des révolutionnaires, publie presque tous les mois un éditorial sur le racisme, sur la guerre, sur la grande pauvreté. Il s'implique sur ces sujets sociaux. Le résultat n'est peut-être pas à la hauteur, mais au moins, les professionnels de santé et de santé publique ont le devoir de se faire au moins les avocats des populations, des sujets sociaux, et de les mettre sur la table. Si personne n'en parle, le politique n'a aucune raison de se mobiliser : il y a d'autres intérêts et d'autres enjeux. L'intérêt est au moins de les exprimer. Dans le débat sur les retraites, on a observé quelques tentatives d'évoquer les écarts d'espérance de vie, mais peu affirmées. Il faudrait mettre en lumière tous les aspects structureaux des déterminants de la santé. En milieu de soins, il y a quelques prises de position, notamment sur l'hôpital. Elles ne sont pas corporatistes, puisqu'il y a de vrais enjeux au niveau de l'hôpital, mais les sujets qui parviennent à émerger restent tournés sur le système de soins, sur les conditions de travail, de vie et de revenus des professionnels de santé. Il y a peu d'expression collective de cohortes constituées, de syndicats, d'associations, de groupements de professionnels de santé. Si même les acteurs qui ont un minimum de connaissances ou de littéracie sur ces aspects se taisent, cela n'aidera pas à faire bouger les choses chez les politiques, dans les populations, ou même à structurer un mouvement. Lors du mouvement contre les retraites, les prises de position de la santé publique ont été rares. Elles l'ont été encore plus lors du mouvement des gilets jaunes. Il y a parfois des prises de position sur l'environnement, mais elles sont très techniques et ne visent pas à changer un système. On ne veut pas changer le modèle agricole : on voudrait que les agriculteurs utilisent un peu moins de certains produits. La balle est dans le camp des acteurs de la santé : comment faire en sorte que les professionnels de santé et de santé publique, qui ont vocation à contribuer à améliorer la santé ou à promouvoir la santé des populations, s'expriment davantage publiquement sur ces sujets, plaident en leur faveur, relaient les constats, accompagnent les populations qui le souhaitent ?

**Paul-Loup Weil-Dubuc** souscrit pleinement à ces propos. Il souligne la pertinence du mot « résignation » employé par l'une des participantes. C'est bien l'idée qu'il avait en parlant de consentement social.

**François Alla** remercie Paul-Loup Weil-Dubuc pour la richesse de son intervention. Il espère que d'autres occasions se présenteront pour échanger sur la promotion de la santé et sur les inégalités sociales de santé. Il remercie le RESPADD et l'animation des Lieux de santé promoteurs de santé d'organiser ces temps qui permettent aux acteurs de se questionner sur le sens de leurs missions, de leurs activités et de leurs interventions, et invite l'ensemble des participants à un moment convivial à proximité.