



HAL
open science

“ Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé ”

Anne-Marie Arborio, Marie-Hélène Lechien

► **To cite this version:**

Anne-Marie Arborio, Marie-Hélène Lechien. “ Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé ”. Olivier Masclat, Séverine Misset, Tristan Poullaouec. La France d'en bas? Idées recues sur les classes populaires, Le Cavalier bleu, pp. 123-129, 2019, ISBN 979-10-318-0373-9. halshs-02367140

HAL Id: halshs-02367140

<https://shs.hal.science/halshs-02367140v1>

Submitted on 17 Nov 2019

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

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

A.-M. ARBORIO et M.-H. LECHIEN, « Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé », in *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires*, éd. par O. MASCLÉ, S. MISSET, et T. POUILLAOUEC, Le Cavalier bleu (Idées reçues), pp. 123-129.

« Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé »

Anne-Marie Arborio et Marie-Hélène Lechien

« Le poids c'est souvent une donnée parmi d'autres, avec le tabac, avec l'alcool, avec la désinsertion sociale, avec la dépression... ça dépasse les possibilités médicales, on n'est plus vraiment dans la pathologie – ou alors dans la pathologie sociale », propos d'un médecin cité par Thierry Lang (dir.), *L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité*, 2008, Rapport Drees-Mire, Inserm, DGS, InVS, INCa, CANAM, p. 180

« Ces nouveaux prolétaires [...] ne sont donc pas de faux chômeurs mais de vrais salariés qui ont [...] comme revenu net un demi-SMIC mensuel. C'est cette contrainte qui explique leur rapport distant à la médecine et un rapport à la santé que des membres des classes moyennes pourraient juger négligent ».
Jean Peneff, *La France malade de ses médecins*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2005, p. 339

L'idée reçue, que Jean Peneff attribue ici aux classes moyennes, selon laquelle les classes populaires seraient « négligentes » vis-à-vis de leur santé renvoie à une réalité peu contestable, tant pour les femmes que pour les hommes : les classes populaires sont en moins bonne santé que les classes moyennes et supérieures. Un seul indicateur : l'espérance de vie à 35 ans reste, chez les hommes, de 6 ans moins élevée pour les ouvriers que pour les cadres (Blanpain, 2016). Cette inégalité face à la vie a été perçue très tôt par les médecins hygiénistes du XIX^e siècle. La mortalité différentielle qu'ils constataient dans les quartiers populaires a parfois été imputée à la « malpropreté » ou à l'« immoralité » ouvrière, mais les conditions du travail industriel et l'insalubrité du logement ouvrier ont aussi été incriminées. L'État s'est investi peu à peu pour réduire ces inégalités de santé et l'assurance-maladie, mise en place dans le cadre d'une Sécurité sociale à vocation universelle, permet aujourd'hui à tous les assurés sociaux de bénéficier de revenus compensatoires en cas de maladie et d'accéder aux soins sans en supporter tout le coût. Pourquoi de telles inégalités face à la vie se maintiennent-elles, en dépit des moyens déployés pour promouvoir l'égalité de tous devant les soins – ou du moins la réduction de la contrainte du revenu dans l'accès aux soins ? Les classes populaires n'en sont-elles pas désormais responsables, en ne prenant pas soin de leur santé ? Leurs comportements face à la maladie seraient en cause *in fine* et non la société qui, elle, mettrait tout en œuvre pour offrir à tous les mêmes chances de guérison. Mais au-delà du rapport à la maladie, c'est plus largement le rapport au corps qui serait en jeu : les classes populaires méconnaîtraient les règles d'hygiène de vie, comme en témoigneraient leur surpoids et leur surconsommation de tabac ou d'alcool. Ces idées reçues se nourrissent du défaut de prise en compte des différenciations internes aux classes populaires : les fractions précaires et stables sont inégalement prises en charge par les institutions de santé, et les femmes et les hommes maîtrisent inégalement les normes sanitaires.

Les classes populaires entretiennent-elles un « rapport distant à la médecine » ? Elles consulteraient trop tard, réduisant leurs chances de survie face à une maladie grave, et n'observeraient pas les prescriptions, bref, feraient preuve d'une tendance à « ne pas s'écouter » ou à ne pas écouter le médecin. L'engagement intense de leur corps dans le travail a pu être analysé, pour les générations antérieures, comme favorisant une certaine inattention aux sensations corporelles (Boltanski, 1971). Cet engagement physique, caractéristique des conditions de travail d'une grande partie des classes populaires, s'est étendu de l'industrie aux postes taylorisés des services comme la caisse de supermarché. Ses effets sur la santé sont réels : c'est bien dans les classes populaires que le travail tue ou rend malade. Les atteintes du travail ont longtemps été et sont encore minimisées par la société, mais cela ne signifie pas que les classes populaires déniaient elles-mêmes les symptômes du mal : elles renoncent parfois à leur donner une réponse médicale. Ce renoncement aux soins révélé par les enquêtes quantitatives concerne surtout les consultations dentaires et de médecins spécialistes, pour des raisons financières ou d'accessibilité (temps d'attente et éloignement des cabinets médicaux). C'est donc l'offre de soins qui est en cause et elle pénalise les plus pauvres ou les moins bien couverts pour leurs frais de santé. Les fractions stables des classes populaires rencontrées dans nos enquêtes (Arborio, Lechien, 2019) revendiquent quant à elles un usage « raisonnable » des services médicaux, avec un recours prioritaire au généraliste. Le spécialiste, plus coûteux, plus éloigné, est aussi plus distant socialement. La sociologie a mis au jour les effets de cette distance en pointant le traitement différencié des patients en fonction de leurs propriétés sociales et de leur aptitude à se conformer aux attendus implicites de la consultation (utiliser le langage précis des symptômes dans le temps bref de la consultation et se montrer attentif aux prescriptions). Mais lorsque les patients se sentent méprisés, ils se tournent vers d'autres médecins, si l'offre médicale locale le permet, plus qu'ils ne fuient la médecine.

La mise en cause des classes populaires renvoie plus encore à leur rapport aux normes de santé. Leur état de santé serait aggravé par des comportements contraires à ceux prônés dans les campagnes de santé publique. Le tabagisme est ainsi davantage le fait des ouvriers, dont 36% fument régulièrement en 2017, soit près de 10 points de plus que les cadres (Baromètre santé INPES) ; l'obésité, supposée renvoyer à de mauvaises pratiques alimentaires, est deux fois plus présente chez les ouvriers que chez les cadres : 16,7% contre 8,7% (Enquête Obépi-Roche 2012). Ces écarts relatifs ne doivent cependant pas masquer que de telles pratiques ou états restent minoritaires et concernent surtout les individus confrontés à une précarisation de leur condition. Près d'un adulte sur deux (48,4%) concerné par l'obésité vit en effet au sein d'un foyer aux revenus inférieurs à 1200 euros. Or les classes populaires sont communément assimilées, dans le discours médiatique et politique, à ces fractions les plus démunies auxquelles sont imputées à la fois des conduites de résistance aux politiques de prévention sanitaire et une responsabilité dans les déficits sociaux, puisqu'elles sont censées mettre en danger leur santé et préférer l'assistance au travail. Une telle assimilation de l'ensemble des classes populaires à leurs catégories les plus précaires rend invisible le rapport à la santé des employés et des ouvriers occupant des positions sociales plus stables. Nos enquêtés, appartenant à ces fractions stables, se distinguent en fait tout autant des « pauvres », qu'ils peuvent stigmatiser pour leur laisser-aller corporel, sanitaire et moral (prise de poids, absence d'activité physique, refus du travail), que des générations antérieures : ils marquent une distance envers l'utilisation intensive du corps dans le travail domestique et/ou ouvrier (travail ménager « maniaque », travail de construction ou de rénovation du logement, sur-travail ouvrier pour financer l'accession à la propriété) ou encore limitent leur consommation d'alcool pour s'éloigner de la figure de pères violents.

L'idée reçue selon laquelle les classes populaires ne prennent pas en charge leur santé est peut-être plus encore entretenue par l'oubli du genre. On connaît l'avantage des femmes

en termes d'espérance de vie dans tous les milieux sociaux. Celle des ouvrières, à 35 ans, est supérieure d'un an à celle des hommes cadres (Blanpain, 2016). Les femmes sont depuis longtemps incitées à prendre soin de leur santé et de celle des autres, à commencer par celle de leurs enfants avec la médicalisation de la maternité et de la petite enfance depuis la fin du XIX^e. Le rapport à la santé des femmes des classes populaires a été en quelque sorte occulté dans la construction historique et symbolique de la « classe ouvrière » qui a mis en avant un corps ouvrier masculin exploité et magnifié. La proximité plus grande des femmes aux institutions de santé est renforcée par des processus récents tels que l'allongement de leur scolarité, leur accès massif à l'emploi salarié et les transformations du champ médical (amélioration du traitement des maladies chroniques, nouvelles formes de délégation de leur prise en charge à la famille...). Elles développent des compétences sanitaires profanes, dans l'ombre des savoirs légitimes, par leur sur-représentation dans les métiers subalternes de la santé, de la petite enfance, de l'aide à domicile et du travail social (aides-soignantes, assistantes maternelles, salariées des crèches et des écoles, auxiliaires de vie, assistantes familiales, etc.). Cette expérience privée et professionnelle de la prise en charge du corps des autres (enfants ou personnes âgées, mais aussi conjoints qu'elles incitent à recourir à la médecine) contribue à les doter d'une forme de « bonne volonté sanitaire » qui contredit l'idée reçue d'une indifférence ou d'une négligence à l'égard de leur santé. Par leur « travail domestique de santé » (Cresson, 1991), fondé sur l'intériorisation de normes hygiénistes anciennes mais aussi de normes alimentaires et corporelles plus récentes, comme la pratique sportive qu'elles adoptent et encouragent chez leurs enfants, elles s'inscrivent dans les façons légitimes de « faire famille » et d'en prendre soin, alors même que leurs conditions d'emploi, supposant de plus en plus des horaires décalés et morcelés, rendent ce travail plus difficile.

Si elles restent en moins bonne santé que les classes moyennes et supérieures, en raison notamment de leurs conditions de travail, les classes populaires sont donc moins éloignées que par le passé des institutions et des normes sanitaires. Mais leurs pratiques corporelles, malgré leur diversité, ont toutes chances d'être qualifiées de « mauvaises » parce que toujours supposées « en retard » sur les normes les plus récentes – les ouvriers sont jugés trop chétifs ou ne mangeant pas assez de viande au XIX^e, obèses aujourd'hui – dans un jeu de différenciation sociale qui prend pour objet le corps et dépasse les questions de santé.

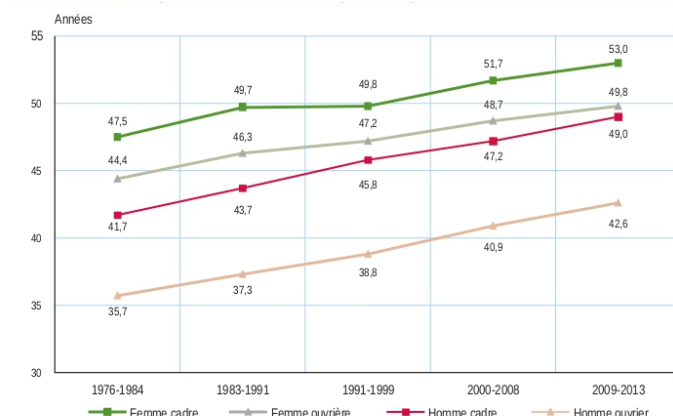
Arborio Anne-Marie, Lechien Marie-Hélène, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages ouvriers et employés stables face aux médecins et aux normes sanitaires », *Sociologie*, n°1, 2019.

Blanpain Nathalie, « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee première*, n°1584, février 2016.

Boltanski Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, 1971 (1).

Cresson Geneviève, « La santé, production invisible des femmes », *Recherches féministes*, vol. 4 (1), 1991.

Graphique : Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers (graphique ci-dessous qui figure dans l'article de N. Blanpain cité dans notre article)



Champ : France métropolitaine.
Lecture : en 2009-2013, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres est de 53,0 ans.