Première partie

Introduction de la première partie

Les inégalités : de la (dé)mesure aux théories de la justice sociale, en passant par la résilience... des chercheurs

Valéry Ridde

Institut de recherche pour le développement (IRD)

Centre Population et Développement (Ceped)

1 De la persistance de l'intérêt, mais aussi de l'indignation

Les différents chapitres présentés dans cette partie traitent des normes en matière d'inégalités et de leur(s) mesure(s), tant dans le domaine de la santé que celui de l'éducation, du handicap ou du genre. Dans leur ensemble, ces quatre textes apportent une vision intersectorielle originale des inégalités, en plus d'une dimension internationale, puisque les contextes qui nourrissent les réflexions des auteurs renvoient à une dimension globale (les organisations internationales) ou régionale (le monde Arabe), voire à des éclairages en partie locaux, comme dans les cas du Brésil ou de la Tunisie.

Le lecteur pourrait s'interroger sur l'intérêt de nouveaux textes conceptuels sur les inégalités et leur (dé)mesure... tant leur permanence ou résurgence sont consubstantielles à la société humaine, comme l'énonçait déjà Jean-Jacques Rousseau à travers sa croyance dans l'origine naturelle des inégalités [1]. Que n'a-t-on pas écrit, dit et pensé sur les inégalités depuis Rousseau et Marx jusqu'à Sen et plus récemment Piketty ! Dans le domaine de la santé, les statistiques sont éloquentes depuis les travaux historiques de Villermé en 1828 en France jusqu'aux travaux célèbres de Marmot (2015), Mackenbach et Bakker (2002) ou Whitehead (1990) ailleurs en Europe, puis ceux de la Commission de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les travaux des experts de cette dernière commission, mise en place aussi pour étudier la question dans les

1. Ce qu'Aïach appellera dans ses confrontations avec le corps médical l'« *idéologie du don naturel* » (Aïach, 2013).

pays les plus pauvres – abordés dans un rapport annexe et peu connu (Gilson *et al.*, 2007) –, ont rappelé, comme un truisme, combien les inégalités de santé sont d'abord des inégalités sociales (WHO, 2008) et que leur diminution devrait passer par des actions politiques et publiques (Ridde et Guichard, 2008).

La production scientifique sur l'existence et la persistance des inégalités de santé et de leurs déterminants sociaux-politiques, pour ne parler que de ce secteur et rester dans la francophonie, est toutefois inversement proportionnelle aux actions destinées à les contrecarrer. Ainsi peut se comprendre le besoin de prendre de la distance, ou le désappointement de certains chercheurs de sciences sociales comme Aïach (2010), De Koninck ou Fassin (2004) face au manque de volonté politique et sociale à s'engager dans une véritable lutte afin de s'attaquer aux inégalités sociales de santé ; des inégalités que leurs travaux mettaient pourtant parfaitement au jour depuis des lustres en Afrique, en Amérique Latine, au Québec, en France et en Angleterre, à l'image d'un éditorial signé par De Koninck et Fassin, en 2004, qui aurait pu faire le titre de cette introduction : « *Inégalités sociales de santé, encore et toujours* » (De Koninck et Fassin, 2004) [2] !

À leur modeste suite et comme tant d'autres, je me suis attaché depuis longtemps à critiquer l'immobilisme des autorités publiques à l'égard des inégalités, qu'elles soient françaises, québécoises ou burkinabè dans le domaine de la santé publique (Ridde, 2004a, 2004b, 2008). La « globalisation » de l'immobilisme apparaît cependant comme une autre caractéristique des inégalités sociales de santé, car, depuis la Commission de l'OMS de 2008 jusqu'aux Objectifs du Développement Durable (ODD) définis en 2015 et leur intersectorialité (International Council for Science, 2017), peu de progrès ont été réalisés. L'un des ODD majeur dans le domaine de la santé est celui de la couverture universelle en santé (CUS) pour 2030. Mais, bien que les travaux les plus récents montrent que lorsque l'amélioration la plus rapide possible de la couverture pour tous permet de réduire les inégalités de recours aux soins (Ravit *et al.*, 2018 ; Ridde *et al.*, 2015 ; Victora *et al.*, 2018), certains auteurs émettent encore la fameuse hypothèse d'équité inverse ou manifestent la conviction que les politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique ne profitent qu'aux riche [3]. D'autres encore affirment que les barrières financières à l'accès aux soins ne sont pas si importantes que cela et que l'amélioration de la seule qualité des soins permettra d'en améliorer le recours, notamment pour les plus pauvres (Brunet-Jailly, 2011). Dans le champ de la santé mondiale, la mise à l'écart de l'équité au profit de la recherche de la seule efficacité suit la logique du « *path dependancy* » cher aux politologues. Autrement dit, son oubli dans les interventions et politiques de santé est quasi-permanente depuis toujours.

2. Alors que le terme de « résilience » refait surface depuis quelques temps, on doit s'interroger sur la capacité des scientifiques à mobiliser cette qualité dans un champ aussi déroutant que celui-ci. Michael Marmot est certainement un exemple inspirant à cet égard, car il continue de sillonner la planète pour porter ce débat depuis sa fameuse étude de Whitehall dans les années 1960 (Marmot, 2015). Aïach (2013) a magistralement partagé sa réflexion concernant les défis de sa carrière de chercheur à l'INSERM concernant les inégalités de santé dans un texte réflexif et utile à tous... notamment aux plus jeunes qui se questionnent sur leur engagement scientifique.

3. La place manque ici pour développer cet argument et montrer que, si cela arrive parfois pour des raisons de mise en œuvre déficiente, cela est très loin d'être le cas partout ; voir le débat à paraître dans un prochain numéro d'*Afrique Contemporaine* entre Brunet-Jailly et Olivier de Sardan/Ridde...

Cet ouvrage dans son ensemble, et ces quatre chapitres en particulier, sont à ce titre essentiel, car ils maintiennent l'urgence de quête de justice sociale… face à certains mouvements de replis identitaires, de néolibéralisme permanent ou de simple méconnaissance. La permanence de l'indignation, pour reprendre la formule de Hessel, et le combat, pour paraphraser Bourdieu, en formant les étudiants à l'importance des inégalités sociales de santé sont nécessaires.

2 Quatre chapitres sur les normes et les mesures des inégalités

Le premier chapitre de cette section, d'orientation plutôt conceptuelle et théorique, mène une comparaison des concepts employés par les principales organisations internationales en charge de l'éducation et de la santé – l'UNESCO et l'OMS – au sujet des inégalités et de la manière dont elles sont mesurées. Cette double approche, qui s'inscrit dans la réflexion contemporaine des ODD, s'appuie sur une fine analyse documentaire et sémantique des rapports quasi-annuels de ces deux organisations internationales [4]. Les trois auteurs montrent la complexité à définir certains concepts comme inégalités, équité, justice ou encore iniquité, rappelant le besoin (ce qu'ils ne font pas forcément) d'une analyse conceptuelle du sens, du terme et du référent, semble-t-il trop souvent ignorée en sciences sociales (Daigneault et Jacob, 2012). Ces définitions ont d'ailleurs des implications sur les mesures de ce à quoi réfèrent ces concepts. Cela est éminemment important tant nous suivons et utilisons tous de très près les résultats de ces rapports mondiaux pour appuyer ou justifier nos travaux empiriques. La comparaison sectorielle permet aux auteurs de mettre en exergue le fait que les questions liées aux inégalités de l'offre des services sont plus souvent ignorées dans le domaine de l'éducation que celui de la santé. Ainsi, les inégalités éducatives sont davantage pensées en référence à la demande qu'aux disparités d'offre scolaire, alors que, dans le domaine de la santé, les patients ne sont pas considérés comme à l'origine des inégalités qui les touchent. Ces questions sont encore à débattre, tant les idées reçues perdurent (Ridde et Ouattara, 2015).

Le second chapitre concerne les inégalités de genre, et notamment la manière dont les outils de mesure façonnent des représentations sociales des rapports entre les femmes et les hommes au plan international. Les quatre auteurs proposent une analyse de trois indices d'inégalités de genre construits et utilisés par trois organisations internationales, donnant ainsi une suite cohérente au chapitre précédent. L'analyse montre combien les questions économiques et de développement priment dans la définition et la justification de ces indices. Les auteurs expliquent aussi, en écho à l'introduction de ce texte, la constance de « *l'essentialisation de la fonction reproductive des femmes* »… ce qui laisse évidemment coi en 2018 ! Le choix d'indicateurs par ces organisations internationales n'est ainsi pas sans jugement de valeur ou risque de stigmatisation sociale, comme lorsqu'est évoqué l'âge approprié pour une grossesse.

4. Ce type d'analyse a été menée ailleurs, notamment au sujet des discours des acteurs de la santé mondiale à l'égard du paiement direct dans les services de santé et de la CUS (Robert *et al.*, 2017 ; Robert et Ridde, 2013). On peut aussi relever que l'OMS Europe s'est attachée à proposer des définitions de ces concepts il y a bien longtemps (Whitehead, 1990), ou que les États-Unis d'Amérique ont tenté d'utiliser le terme neutre de « disparités » pour éviter de qualifier l'injustice des inégalités sociales de santé (Braveman, 2006).

Certaines inégalités de genre, que les auteurs de ce chapitre qualifient d'invisibles, doivent aussi être relevées : celle, par exemple, liée à l'avantage que détiendraient les femmes sur les hommes, en raison des « *coûts de la masculinité* » que représentent la sélection sexuelle à la naissance ou la division sexuelle du travail. Cela n'est pas sans rappeler les travaux de Pierre Aïach concernant la surmortalité relative des hommes à l'égard des femmes dans le Nord de la France (Aïach, 2000, 2001), et en particulier un « *double paradoxe* » : « *Les femmes, groupe social généralement dominé, connaissent une mortalité inférieure à celle des hommes et déclarent cependant davantage de maladies.* » (Aïach, 2015.)

Le troisième chapitre de cette section est consacré à un objet relativement absent dans la littérature : la relation entre le handicap et les inégalités, que les auteurs abordent en relation à l'ouvrage de référence *Repenser l'inégalité* de Sen (2000). Ce chapitre est important, car il interroge les liens et distinctions entre handicap et inégalité, qui sont deux notions proches et imbriquées, mais non équivalentes ni redondantes. À la suite d'autres travaux plus anciens (Ravaud et Mormiche, 2000), les auteurs montrent combien le handicap est aujourd'hui le parangon des inégalités sociales de santé et de leur production politique alors qu'il était d'abord perçu comme un attribut individuel. Ils soulignent aussi la prévalence importante du handicap chez les personnes âgées, alors que les services de santé adaptés restent quasiment inexistants. Ce travail fait écho à des recherches récentes sur l'accès à ces services que nous avons réalisées au Burkina Faso par exemple. Nous avons en effet pu montrer combien les individus les plus pauvres (indigents) sont contraints dans leur accès au système de santé par leurs incapacités fonctionnelles et cognitives. Mais ils sont aussi sélectionnés par leurs communautés locales pour bénéficier de la gratuité des soins en raison même de leurs caractéristiques spécifiques. Tel était le cas de 20 % à 30 % des personnes qualifiées d'indigentes par les communautés, contre 5 % seulement des personnes non indigentes des mêmes villages (Ouédraogo *et al.*, 2017). Sans omettre le poids essentiel des facteurs socio-économiques dans le handicap, les auteurs du chapitre notent ainsi que le soutien social, et surtout la participation sociale, sont des dimensions essentielles pour l'accès aux soins des plus pauvres, comme des personnes vivant avec un handicap. En guise de conclusion, ils reviennent enfin sur les cadres conceptuels des déterminants sociaux de la santé, pour rappeler la nécessité de prendre en compte les dimensions holistiques et socio-politiques du handicap pour mieux le comprendre.

Le quatrième chapitre s'oriente vers une sphère géographique moins globale : celle du « monde arabe », et se réfère à un contexte politique particulier, celui de l'après 2011 où plusieurs mouvements populaires ont vu le jour. Dans une perspective originale, historique et juridique, l'auteure aborde la question de l'égalité entre les hommes et les femmes, à travers une analyse du droit de la famille ou du droit pénal et de leur évolution possible suite aux mouvements populaires de 2011. Ce que révèle ce texte est original : dans certains pays, ces mouvements ont généré des modifications de la Constitution, mais, dans la pratique, de nombreux textes législatifs restent discriminatoires à l'égard des femmes. Il est évidemment toujours difficile de faire évoluer les normes et les sociétés, et l'auteure montre parfaitement que les quelques évolutions favorables aux femmes restent enchâssées dans un monde « *sociétal traditionnel* » où le pouvoir de l'homme est central. Comme pour les inégalités sociales de santé, la

permanence d'une vision « *stéréotypée* » et « *traditionnelle* » du rôle de la femme est mise en avant dans les analyses de ce chapitre, que cela concerne l'Algérie, le Maroc ou l'Égypte pour ne reprendre que ces contextes. Ainsi par exemple, dans le droit de la famille, tous les pays du monde arabe accordent la « *prééminence au mari dans les relations conjugales* ». Et, comme un retour sur les inégalités de santé dont il a été question, le chapitre montre combien « *le droit de la famille est chargé d'une symbolique politique très forte* ». Comme Fassin (1996) et bien d'autres avant lui, qui montraient comment le politique et la société façonnent les corps, l'auteure de ce chapitre explique comment « *la société façonne le droit* » et, partant, le registre juridique et socio-politique des inégalités.

3 Un dernier retour sur le concept de justice sociale

Je terminerai l'introduction de cette section de l'ouvrage en proposant un retour sur le concept de justice sociale au regard des normes et des approches proposées dans les quatre chapitres.

En effet, la notion de justice sociale et ses différentes acceptions sont essentielles à aborder tant il semble impossible de parler d'inégalités sans convoquer les théories de la justice. Cela est d'autant plus vrai que cet ouvrage fait référence à un contexte global où les perceptions et conceptions émiques de la justice sociale peuvent être radicalement différentes [5].

Quand les principes de justice ne sont pas appliqués dans une société, il en résulte nécessairement des inégalités sociales. Les disparités de l'état de santé entre les groupes sociaux sont les premières conséquences de ces déficits de justice. Cependant, bon nombre d'inégalités concernant l'état de santé sont perçues comme étant « naturelles » et marquées par le destin, par « *Wende* » comme le disent les Mossi du Burkina Faso (Ridde, 2006). Dans de tels cas, l'appréciation est alors objectivée et fondée sur l'observation de faits. Inversement, considérer certaines inégalités comme étant injustes représente une appréciation de la réalité basée sur les principes de la justice distributive. Le recours à de tels principes permet d'affirmer que les inégalités de santé observées sont issues d'un processus complexe d'inégalités sociales. Elles doivent donc être considérées comme des inégalités sociales de santé (Fassin, 1996). Ces appréciations peuvent cependant différer selon la définition de la justice distributive, donc des sociétés, des groupes sociaux, des personnes et de leurs valeurs. Plusieurs théories et modèles de distribution peuvent de surcroît être convoqués pour exprimer l'idéal de justice sociale et pour décider de ce qui est « juste » dans une société (Mooney, 1987 ; Olsen, 1997). Les principaux modèles de justice distributive et leurs définitions peuvent ainsi être rappelés :

- théorie de la propriété (libertarienne) : la liberté de posséder et de se servir du bien comme bon nous semble ;
- modèle égalitaire : tous les individus sont égaux et doivent être traités de la même façon ;

5. Pour illustrer mon propos, je reprends des parties de textes publiés il y a quelques années (Potvin *et al.*, 2008 ; Ridde et Guichard, 2008).

- modèle selon les besoins : la santé et l'éducation sont des besoins fondamentaux qui doivent être satisfaits ;
- modèle utilitariste classique : nous devons assurer un maximum de biens à un maximum d'individus, quelles que soient les modalités de leur distribution ;
- théorie du maximin : nous devons assurer le maximum pour ceux qui disposent du minimum.

Je ne souhaite pas développer davantage ici ces éléments, que les références évoquées ont traités. Je souhaite simplement noter que, dans le cadre d'interrogations et d'analyses des inégalités, un tel regard sur les théories de la justice peut être fécond. Comme je l'avais montré dans le cas du Burkina Faso, les valeurs de justice sociale en vigueur dans une société ne favorisent pas toujours l'action contre les inégalités, dans la mesure où ces dernières sont perçues comme naturelles et immuables (Ridde, 2006). Ainsi, peut notamment s'expliquer l'immobilisme à l'égard des inégalités.

Références

Aïach P. (2000), « Les inégalités sociales devant la mort dans la région Nord-Pas-de-Calais », 50, Action A10, PRS Cancers.

Aïach P. (2001), « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », *in* P. Aïach (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, Approches sociologiques*, Paris, Éditions ENSP.

Aïach P. (2010), *Les inégalités sociales de santé. Écrits.*, Paris, Economica. Anthropos.

Aïach P. (2013), « La question des inégalités sociales de santé dans un itinéraire de chercheur », *Les Tribunes de la santé*, vol. 38, n° 1, p. 55.

Aïach P. (2015), « Les femmes meurent plus tard que les hommes et sont plus malades », *in Des idées reçues en santé mondiale*, Montréal, Rennes, Presses de l'Université de Montréal ; Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique, p. 144-147.

Braveman P. (2006), « Health disparities and health equity : concepts and measurement », *Annu Rev Public Health*, vol. 27, p. 167-194.

Brunet-Jailly J. (2011), « Le pendule du financement de la santé : de la gratuité au recouvrement des coûts », *in* D. Kerouedan (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, p. 227-246.

Daigneault P.-M. et Jacob S. (2012), « Les concepts souffrent-ils de négligence bénigne en sciences sociales ? Eléments d'analyse conceptuelle et examen exploratoire de la littérature francophone à caractère méthodologique », *Social Science Information*, vol. 51, n° 2, p. 188-204.

De Koninck M. et Fassin D. (2004), « Les inégalités sociales de santé, encore et toujours », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 2, p. 5-12.

Fassin D. (1996), *L'espace politique de la santé, essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France, 324 p.

Gilson L., Doherty J., Loewenson R. et Francis V. (2007), « Challenging Inequity through Health Systems », *WHO commission on the social determinants of health.*

International Council for Science (2017), « A Guide to SDG Interactions : from Science to Implementation ».

Mackenbach J. et Bakker M. (2002), *Reducing Inequalities in Health : A European Perspective*, London and New York, Routledge, 384 p.

Marmot M.G. (2015), *The health gap : the challenge of an unequal world*, London Oxford New York New Delhi Sydney, Bloomsbury, 387 p.

Mooney G. (1987), « Qu'est-ce que l'équité en matière de santé », *Rapport trimestriel statistique sanitaire mondial*, p. 296-303.

Olsen J.A. (1997), « Theories of justice and their implications for priority setting in health care », *Journal of Health Economics*, vol. 16, p. 625-639.

Ouédraogo S., Ridde V., Atchessi N., Souares A., Koulidiati J.-L., Stoeffler Q. et Zunzunegui M.-V. (2017), « Characterisation of the rural indigent population in Burkina Faso : a screening tool for setting priority healthcare services in sub-Saharan Africa », *BMJ Open*, vol. 7, n° 10, p. e013405.

Potvin L., Ridde V. et Mantoura P. (2008), « Évaluer l'équité en promotion de la santé », *in* K Frohlich, M. De Koninck, P. Bernard et L. Demers (dir.), *Les Inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal, Les Presses de l'université de Montréal, p. 355-378.

Ravaud J.F. et Mormiche P. (2000), « Handicaps et incapacités », *in* A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm – La découverte, p. 295-314.

Ravit M., Audibert M., Ridde V., De Loenzien M., Schantz C. et Dumont A. (2018), « Do free caesarean section policies increase inequalities in Benin and Mali ? », *International Journal for Equity in Health*, vol. 17, n° 1.

Ridde V. (2004a), « Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. », *Recherches Sociographiques*, vol. XLV, n° 2, p. 343-364.

Ridde V. (2004b), « Agir contre les inégalités sociales de santé : tentative d'explications de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoise. », *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 95, n° 3, p. 224-227.

Ridde V. (2008), « "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues" : the equity and health policy implementation gap in Burkina Faso », *Social Science & Medicine*, vol. 66, p. 1368-1378.

Ridde V., Agier I., Jahn A., Mueller O., Tiendrebéogo J., Yé M. et De Allegri M. (2015), « The impact of user fee removal policies on household out-of-pocket spending : evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso », *The European Journal of Health Economics*, vol. 16, n° 1, p. 55-64.

Ridde V. et Guichard A. (2008), « Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis », *in* C. Niewiadomski et P. Aïach (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Edition EHESP, p. 57-80.

Ridde V. (2006), « [Understanding local concepts of equity to formulate public health policies in Burkina Faso] », *Promotion & Education*, vol. 13, n° 4, p. 252-256, 235.

Ridde V. et Ouattara F. (2015), *Des idées reçues en santé mondiale*, Montréal, Rennes, Presses de l'Université de Montréal ; Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Robert E. et Ridde V. (2013), « Global health actors no longer in favor of user fees : a documentary study », *Globalization and Health*, vol. 9, n° 29.

Robert E., Lemoine A. et Ridde V. (2017), « Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale au sujet de la couverture sanitaire universelle ? Une analyse fondée sur l'approche par les droits », *Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne d'études du développement*, vol. 38, n° 2, p. 199-215.

Sen A. (2000), *Repenser les inégalités*, traduit par Chemla P., Paris, Seuil, 282 p.

Victora C.G., Joseph G., Silva I.C.M., Maia F.S., Vaughan J.P., Barros F.C. et Barros A.J.D. (2018), « The Inverse Equity Hypothesis : Analyses of Institutional Deliveries in 286 National Surveys », *American Journal of Public Health*, vol. 108, n° 4, p. 464-471.

Whitehead M. (1990), « The concepts and principles of equity and health », n° discussion paper EUR/ICP/RPD 414, Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe.

WHO (2008), « Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health », Geneva, World Health Organization.