La question des inégalités en matière d'éducation et de santé vue par les institutions internationales : des mots aux mesures

Marc Pilon(1), Agnès Guillaume(1), Flavia Bulegon Pilecco(2)

(1) Institut de recherche pour le développement (IRD), Centre Population et Développement (Ceped)
(2) Département de médecine préventive et sociale,Université fédérale de Minas Gerais, Brésil

Résumé : L'éducation et la santé, les deux composantes des services sociaux de base, occupent une place importante dans l'agenda international du développement, notamment depuis l'adoption en 2000 des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), prolongée par celle des Objectifs du développement durable en 2015, au sein desquels la réduction des inégalités constitue une préoccupation majeure. S'est progressivement instituée une véritable gouvernance mondiale, dans laquelle la mesure (au sens de quantification) joue un rôle central à travers la mise en place et le suivi d'une multitude d'indicateurs, notamment en ce qui concerne cette question des inégalités. Les nombreux rapports et textes internationaux produisent des normes internationales qui tendent à s'imposer aux différents acteurs, à devenir « la référence ». À partir de ces documents et supports (rapports mondiaux de suivi de l'éducation pour tous, rapports sur l'État de la santé dans le monde, sites Internet...), l'article interroge à la fois le discours international sur les inégalités et la mesure de celles-ci. En matière d'inégalités, de quoi parle-t-on précisément ? Quels sont les termes employés ? Comment ont-ils évolué au cours du temps ? Enfin, que mesure-t-on réellement (et ne mesure-t-on pas) ?

Mots-clés : éducation, santé, inégalités, discours, indicateurs, organismes internationaux

Depuis plusieurs décennies, mais de manière plus accentuée depuis les années 2000, avec la conférence mondiale sur les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2000 puis celle de 2015 sur les objectifs de développement durable (ODD), c'est un véritable agenda international du développement qui s'est mis en place, s'accompagnant d'une « gouvernance » internationale dans laquelle la mesure (au sens de quantification) joue un rôle central à travers la mise en place et le suivi d'une multitude d'indicateurs.

Dans le domaine de l'éducation, la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous (EPT) de 1990, puis le Forum de Dakar en 2000, ont donné lieu, de 2002 à 2015, à

la publication annuelle du Rapport mondial de suivi de l'EPT par l'Unesco. Dans le domaine de la santé, se sont tenues la conférence d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires avec, comme objectif, la santé pour tous en l'an 2000, puis la première Conférence internationale pour la promotion de la santé à Ottawa, en 1986, où a été adoptée une charte en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà, avec la mise en place des soins de santé primaires. En 2008 enfin, une commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS a publié le rapport « *Combler le fossé en une génération* », dont l'ambition était « d'instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », et qui a débouché sur la Déclaration politique de Rio (2011).

Les objectifs que se sont donnés les pays membres de l'ONU pour les échéances fixées – 2015 pour les OMD et 2030 pour les ODD – nécessitent le suivi et la mesure des progrès accomplis autant que du chemin restant à parcourir par les différents pays. L'objectif étant, en quelque sorte, de « tirer tout le monde vers le haut », la réduction des inégalités en matière d'accès à l'éducation et à la santé s'est imposée comme une préoccupation transversale, non seulement entre les pays, mais aussi, au sein de chacun d'eux, entre les différentes couches de la population.

Mais depuis quand et de quelle manière les institutions internationales abordent-elles la question des inégalités ? Apporter des éléments de réponse à cette interrogation s'avère d'autant plus indispensable que croît sans cesse la production de connaissances de ces institutions, et que leurs publications tendent de plus en plus à s'imposer comme référence pour la conception et l'élaboration des politiques nationales (Vinokur, 2003 ; Altinok, 2005).

L'analyse présentée ici porte sur le vocabulaire utilisé et sa fréquence d'utilisation pour parler des inégalités en éducation et en santé dans deux séries de rapports internationaux publiés par deux institutions des Nations Unies, l'Unesco et l'Organisation mondiale de la santé [1]. Ces rapports constituent un corpus homogène dans chacun des deux champs, et sont comparables puisque les deux organisations relèvent des Nations Unies. Il s'agit d'une étude exploratoire dont l'objet est de comparer, à travers le vocabulaire utilisé, la manière dont sont appréhendées les inégalités dans ces deux secteurs considérés comme des « secteurs sociaux de base » organisés autour de biens dont on considère généralement qu'ils devraient être publics, ce qui justifie l'intervention de l'État dans l'organisation de l'offre en situation d'imperfection des marchés. Le choix des textes analysés repose sur le fait qu'il s'agit de séries publiées à intervalles réguliers, qui permettent de comparer les termes utilisés pour parler des inégalités et de leur évolution dans le temps.

Après avoir présenté les corpus mobilisés et la démarche d'analyse adoptée, le texte identifiera les mots utilisés, leurs définitions dans les différents textes et rapports internationaux, et leur évolution au cours du temps, avant d'analyser les types de mesure des inégalités employés par ces institutions.

1. Les textes et rapports internationaux qui ont été retenus ici sont listés à la fin de ce texte, dans la section références.

1 Vocabulaire des inégalités

1.1 Corpus et démarche d'analyse

L'Unesco et l'OMS publient des rapports mondiaux sur la situation de l'éducation et de la santé dans le monde en l'abordant selon des thématiques spécifiques en rapport avec les conditions d'accès, les coûts, l'égalité, les populations cibles... Ces rapports sont publiés selon une périodicité annuelle ou bisannuelle depuis 2002 pour l'éducation, moins fréquente dans le champ de la santé. Onze rapports ont ainsi été publiés pour l'éducation entre 2002 et 2015, et neuf pour la santé entre 2002 et 2013 (voir tableau 1, en annexe).

Dans le nouveau contexte international de l'Éducation pour tous, l'annuaire des statistiques de l'éducation publié jusqu'alors par l'Unesco a été, à partir de 2002, remplacé par le *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous,* qui est la traduction en français de *Education for all monitoring report*, une publication indépendante commissionnée par l'Unesco pour la communauté internationale pour suivre les progrès dans la réalisation des objectifs de l'éducation pour tous [2]. Outre un suivi statistique relatif aux objectifs de l'EPT et une annexe qui inclut, notamment, une série de tableaux statistiques sur l'éducation dans les différents pays du monde, chaque rapport annuel traite une thématique spécifique mentionnée dans son titre. L'ensemble des douze rapports publiés de 2002 à 2015 selon le même plan constitue ainsi un corpus homogène et riche de thématiques variées.

Dans le champ de la santé, l'OMS a publié, annuellement entre 1990 et 2008 et tous les deux à trois ans depuis, ses rapports sur l'*État de la santé dans le monde* (*World Health Reports*), dont les versions en français sont la traduction de l'original en anglais. Chacun de ces rapports est consacré à une thématique différente (voir tableau 1, en annexe) pour répondre à une préoccupation spécifique de la santé, aussi bien en termes de risques (« Réduire les risques et promouvoir une vie saine » ; « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant »...) qu'en matière de fonctionnement et de financement des systèmes de santé (« Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle » ; « La recherche pour la couverture sanitaire universelle »...). À la différence des rapports de l'Unesco, les rapports de l'OMS n'incluent pas systématiquement de statistiques sanitaires mondiales. Mais, depuis 2005, cette organisation publie annuellement un document intitulé *Les Statistiques Mondiales*, qui présente une série d'indicateurs standardisés sur l'état de santé dans le monde et une analyse succincte de la situation sanitaire sur une thématique précise.

Notre analyse se base sur les versions en langue anglaise, la langue officielle de rédaction de ces rapports (qui sont ensuite traduits dans différentes langues, dont le français), afin d'éviter, comme le mentionnent Gobin et Deroubaix (2010), les éventuelles « variations dues à la retranscription d'un message dans un univers sémantico-linguistique particulier » qui peuvent se produire lors de la traduction.

2. En 2016, le Rapport de suivi mondial de l'Éducation pour tous a été remplacé par le rapport mondial de suivi de l'Éducation, qui suit et mesure les progrès réalisés dans l'accomplissement des Objectifs de développement durable.

Cette analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Antconc qui permet, d'une part, de compter les occurrences des différents termes utilisés, d'autre part d'analyser le contexte d'utilisation de ces mots et les registres sémantiques auxquels ils se rapportent : action, politique, mesure...

Pour les deux séries de rapports, notre analyse lexicographique s'est focalisée sur les termes d'équité / *equity* ; iniquité(s) / *inequity-ies* ; égalité(s) / *equality-ies* ; inégalité(s) / *inequality-ies* ; disparité(s) / *disparity-ies*. Nous avons exclu de l'analyse certaines parties des rapports, comme la table des matières, le glossaire, l'index, la bibliographie et les résumés exécutifs pour limiter les redondances. Pour réaliser cette analyse, nous avons converti les documents en format texte afin de les rendre compatibles avec le logiciel Antconc. Le corpus utilisé est présenté dans le tableau 2 en annexe.

1.2 Les inégalités mot à mot

Les termes *inequalitiy-ies*, *equality*, *inequity-ies* n'ont fait l'objet d'aucune définition dans les rapports de suivi de l'EPT avant le rapport de 2008, qui définit l'équité dans son glossaire :

> « *In education, the extent to which access and opportunities for children and adults are just and fair. This implies reduction in disparities based on gender, poverty, residence, ethnicity, language, or other characteristics.* » (Unesco, 2007, p. 391.) [En matière d'éducation, c'est la mesure dans laquelle, l'accès et les possibilités offertes aux enfants et aux adultes répondent à l'exigence de justice. Cela implique la réduction des disparités fondées sur le genre, la pauvreté, le lieu de résidence, l'appartenance ethnique, la langue et autres caractéristiques.]

Cette définition est reprise dans le glossaire des rapports 2008 et 2009, mais pas dans les rapports suivants. Fin 2014, l'équipe en charge du rapport et l'Institut de statistiques de l'Unesco ont co-organisé un atelier intitulé « *Framing and measuring inequalities in post 2015 education targets* », dont ont été tirés un certain nombre de messages-clés, qui incluent des définitions de l'égalité et de l'équité (ISU et EFA/GMR, 2015, p. 1) :

> « *Equality refers to differences among sub-populations in the distribution of educational outcomes.* » [L'égalité renvoie aux différences entre les sous-populations dans la répartition des résultats scolaires.]

> « *Equity refers to differences among sub-populations in their access to resources and processes that affect educational outcomes.* » [L'équité renvoie aux différences entre les sous-populations dans leur accès aux ressources et processus qui affectent les résultats scolaires.]

La définition de l'égalité, et partant la mesure des inégalités, sont claires. Mais si c'est également le cas pour la définition de l'équité, les implications de cette définition en termes de mesure le sont moins. Comme la souligne cet atelier, la mesure de l'équité

est difficile, puisqu'il s'agit d'évaluer les différences entre sous-groupes de population dans leur capacité à accéder aux ressources. Cette définition reprend celle du glossaire du rapport de suivi mondial de l'Éducation pour tous 2007 sans en retenir la dimension morale, que l'on va retrouver dans la définition de l'« inéquité » en santé.

Dans le champ de la santé, dans les rapports de l'OMS sur la santé dans le monde, les termes *inequalitiy-ies*, *equality*, *inequity-ies* n'ont fait l'objet d'aucune définition. La commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a cependant défini les inégalités de santé comme :

> « [D']inéquitables et *évitables* [*sic*] injustices en matière de santé relevées au sein d'un même pays ou entre différents pays. Elles sont le reflet des inégalités que l'on peut constater en général au sein d'une société et entre différentes sociétés. Les conditions socioéconomiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient. » (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008 [3].)

Ces inégalités affectent « toute l'échelle socioéconomique de haut en bas », autrement dit toutes les strates sociales. Ces termes ont été également précisés dans le document de 2015 de l'OMS intitulé *State of inequalites*, qui se focalise sur les inégalités dans le champ de la santé reproductive, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant (WHO, 2015). Les définitions concernent les inégalités et l'iniquité en santé (p. 5), à la différence de l'accès à l'éducation pour lequel sont employés les termes d'égalité et d'équité.

> « *Health inequalities are observable differences in health between subgroups of a population.* » [Les inégalités de santé sont les différences de santé observables entre les sous-groupes d'une population.]

> « *Health inequity is a normative concept, defined as the avoidable and/or unjust differences in health between population subgroups. Statements about health equity involve a judgement about what is deemed to be right, fair or acceptable in a society.* » [L'iniquité en santé est un concept normatif, défini comme les différences évitables et/ou injustes entre sous-groupes de population. Les déclarations sur l'équité en santé impliquent un jugement sur ce qui est jugé juste, équitable ou acceptable dans une société.]

Comme en éducation, l'*inequity* a ici une dimension morale et renvoie à l'accès aux ressources, puisqu'il est précisé que les différences de santé *injustes* entre les personnes et les différents groupes sociaux peuvent être liées à des formes de désavantages tels que la pauvreté, la discrimination ou l'accès aux services et aux biens (*ibid.*) Comme en éducation, ce type d'inégalités est difficile à mesurer. La mesure des inégalités apparaît donc comme un préalable à la définition de celles qui sont acceptables ou non.

3. On note que les termes utilisés par la commission, en anglais, pour inégalités et injustices sont respectivement *inequities* et *inequalities* (traduction de l'OMS).

2 Le poids des mots

2.1 Égalité et équité

La Déclaration de Jomtien, formulée à l'issue du sommet mondial sur l'Éducation pour tous (EPT) de 1990 (Unesco, 1990), a marqué un tournant dans l'agenda international des politiques en faveur de l'éducation dans les pays en développement, tournant qui a été confirmé à partir de l'année 2000 avec le Forum mondial sur l'éducation de Dakar puis, en 2013, le sommet du Millénaire pour le développement, avec l'adoption des OMD.

Le terme le plus souvent utilisé dans la déclaration de Jomtien (neuf fois) est *equity* (ou *equitable*), et ce terme figure dans le titre de l'article 3 intitulé *Universalizing access and promoting equity*. Sans surprise, dans le rapport de 2003/2004, intitulé *Gender and Education for All. The leap to equality*, le terme *equality* est très fréquemment utilisé, presque sept fois plus souvent que celui d'*equity* (figure 1). C'est l'inverse dans le rapport de 2009, dont le titre renvoie pourtant explicitement aux inégalités : le mot *equity* apparaît douze fois plus souvent que celui d'*equality* ; une prégnance qui perdure dans les deux rapports suivants, mais de manière moins accentuée, et qui s'inverse ensuite dans les trois derniers rapports.

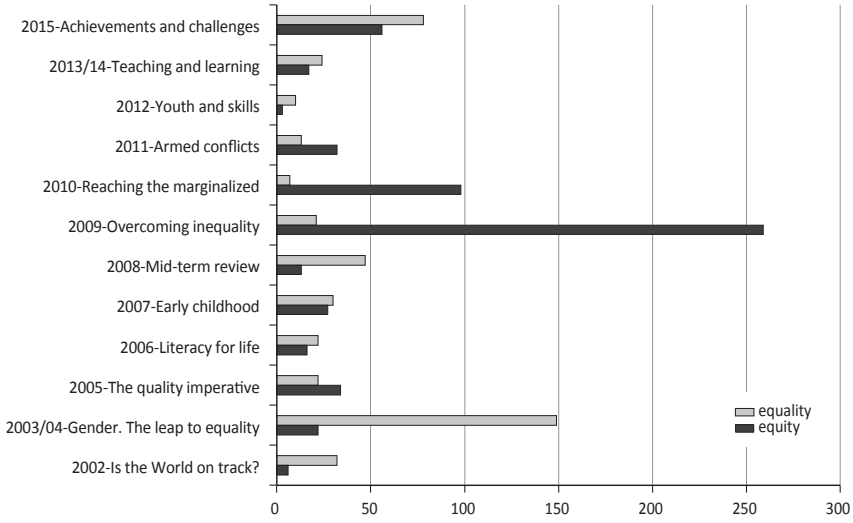


Figure 1 – Fréquence des termes *equity* et *equality* dans les *Rapports de suivi mondial de l'éducation pour tous*, 2002-2015 (source : Unesco, 2002, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011, 2012, 2014, 2015)

Lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, la santé a été considérée comme un droit fondamental des individus. Accéder au niveau le plus élevé de la santé est désormais un objectif social qui concerne le monde entier et suppose la participation de secteurs socioéconomiques autres que le secteur sanitaire. La déclaration d'Alma Ata précise ainsi dans son article II que « Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés qu'en développement qu'à l'intérieur même

des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables [...] » (OMS et Unicef, 1978). L'accent est mis d'emblée sur la justice sociale, donc sur l'équité, selon la définition qu'en donnera ultérieurement l'OMS.

La déclaration d'Alma Ata s'est appuyée sur le rapport conjoint des directeurs généraux de l'OMS et de l'Unicef qui mettait l'accent sur l'interrelation entre l'amélioration de l'état de santé et le développement économique et social. La stratégie d'amélioration de la santé passe ainsi par le développement des soins de santé primaires, considérés comme « un facteur clé de l'instauration [...] d'un niveau de santé acceptable à travers le monde entier dans le cadre du développement social et dans un esprit de justice sociale » (*op. cit.*, p. 41), puisqu'il s'agit de « soins essentiels universellement accessibles aux individus et aux familles de la communauté d'une façon qui leur soit acceptable et abordable » (*op. cit.*, p. 42). Le développement des soins de santé primaires doit permettre de « combler le fossé entre nantis et démunis, de parvenir à une distribution plus équitable des ressources sanitaires » (*op. cit.*, p. 17), afin de permettre aux habitants du monde de mener une vie socialement et économiquement productive.

Dans le champ de la santé, les termes les plus fréquemment utilisés sont ceux d'*equity*, d'*inequalities*, et dans une moindre mesure d'*inequities*, et ce particulièrement dans le rapport de 2008, produit à la suite des travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé créée en 2005 dans le but « de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action... L'équité en santé, poursuit l'OMS, est une question qui concerne tous les pays et sur laquelle le système économique et politique mondial a une grande influence » (Commission sur les déterminants sociaux de la santé, 2008b, p. 1). L'équité (*equity*) est au cœur des préoccupations de la commission et apparaît donc beaucoup dans ce rapport, tandis que le terme d'égalité est remarquable par son absence dans les rapports de l'OMS, quelles que soient l'année de publication et la thématique abordée. D'une manière générale, les termes d'équité et d'égalité sont peu mobilisés en santé, en particulier par rapport à l'éducation.

2.2 Inégalités et injustice

Si, dans le rapport de 2010 intitulé *Reaching the marginalized*, les termes *inequality-ies* et *disparity-ies* présentent des fréquences nettement moins élevées que dans les autres rapports, la question des injustices y est évoquée clairement en lien avec les travaux de Sen, montrant que les préoccupations relatives à l'équité n'en sont pas absentes :

> « *Extreme deprivation in education is a particularly striking case of what the economist and philosopher Amartya Sen has described as 'remediable injustices'. The Report looks at the scale of the injustice, examines its underlying causes and identifies policy remedies.* » (Unesco, 2010 : 8.) [L'extrême dénuement en matière d'éducation est un exemple particulièrement frappant de ce qu'Amartya Sen appelle les « injustices réparables ». Le Rapport examine l'ampleur de l'injustice et ses causes profondes, et identifie des politiques pour y remédier.]

On peut aussi y lire que :

> « *Many important issues have been raised. However, debate over definitions can sometimes obscure the political and ethical imperative to combat marginalization. Writing on the idea of justice, Amartya Sen argues that there are limits to the value of perfecting definitions. 'What moves us, he writes, is not the realization that the world falls short of being completely just [...] but that there are clearly remediable injustices around us which we want to eliminate' (Sen, 2009, p. vii).* » (Unesco, 2010, p. 135.) [Il existe une littérature volumineuse sur les manières de la mesurer et de la différencier d'idées plus générales sur l'inégalité, la pauvreté et l'exclusion sociale. Lorsqu'il parle de l'idée de justice, Amartya Sen explique qu'il y a des limites au perfectionnement des définitions. « Ce qui nous émeut, écrit-il, ce n'est pas de constater que le monde ne parvient pas à être entièrement juste, [...] c'est qu'il existe autour de nous des injustices manifestement réparables, que nous voulons éliminer » (Sen, 2009, p 11).]

C'est le rapport de 2011 *La crise cachée : les conflits armés et l'éducation* qui mobilise le plus souvent le terme d'injustice, évoquant "*the real and perceived injustices that underlie violent conflict*" (Unesco, 2011, p. 223) [les injustices réelles et ressenties qui sous-tendent les conflits violents], notamment en rapport avec les inégalités en matière d'éducation :

> « *Perceptions of unfairness related to education can be a potent source of grievance. For parents who see education as a route out of poverty and into employment, any sense that their children are denied an equal opportunity because of ethnicity, language, religion or location is likely to exacerbate group-based grievance.* » (Unesco, 2011, p. 166.) [Le sentiment d'injustice en matière d'éducation peut constituer une source de revendications très puissante. Pour les parents [...], le sentiment que leurs enfants ne bénéficient pas de l'égalité des chances à cause de leur appartenance ethnique, de leur langue, de leur religion ou de leur lieu d'habitation risque d'exacerber les griefs propres à un groupe particulier.]

> « *In Côte d'Ivoire, rebel groups in the north identified highly visible inequalities in education as symptomatic of deeper injustice (Barakat et al.*, 2008). » (*op. cit.*, p. 166-167.) [En Côte d'Ivoire, certains groupes de rebelles du Nord ont dénoncé les inégalités manifestes dans le domaine de l'éducation comme révélatrices d'injustices plus profondes.]

Dans le domaine de la santé, le terme *inequality* est plus fréquemment utilisé que celui d'*inequity* et, comme lui, le plus souvent utilisé au pluriel.

> « Pour qu'il y ait équité en santé, il faut avant tout que les individus soient en mesure de combattre les injustices et les fortes disparités dans la répartition des ressources sociales auxquelles chacun a légitimement droit.

> Les inégalités de pouvoir se manifestent dans quatre grands domaines – politique, économique, social et culturel – qui forment un ensemble dans lequel les individus sont, à des degrés divers, admis ou non. » (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008a.)

La notion d'équité est prise en compte dans le rapport de 2003 *Façonner l'avenir* (*Shaping the future*), dans lequel l'accent est mis sur les maladies transmissibles, en particulier l'infection à VIH/Sida, et sur l'accès à la prévention et aux traitements de cette maladie. Considérant cette pandémie comme un « véritable baromètre de l'état sanitaire actuel de la planète, face à la montée de l'incidence de la maladie et au nombre croissant de décès », l'accent est porté sur la nécessité que la communauté sanitaire mondiale entreprenne des actions audacieuses contre le VIH/SIDA, dans le « souci d'assurer l'équité en matière de prévention et de soins ». Il est d'ailleurs précisé (p. 57) que :

> « L'OMS va travailler dans l'urgence afin d'aider les pays à corriger les inégalités qui subsistent dans l'accès aux thérapeutiques confirmées… Œuvrer pour l'équité dans la prévention et un meilleur accès aux soins, c'est aussi apporter une multitude d'effets bénéfiques, et notamment faire reculer les inégalités, tant sociales que médicales, qui menacent la paix et la stabilité fragiles dont jouit la communauté mondiale. »

Dans le rapport de 2008, la question des inégalités est aussi abordée en considération du poids des conditions socioculturelles, mais aussi des différences de genre, qui marquent l'accès différencié aux systèmes de santé. Ainsi, les inégalités trouvent leur origine dans une situation sociale, mais aussi dans le fonctionnement des systèmes de santé :

> « Les inégalités en santé résultent aussi des inégalités en matière de disponibilité, d'accès et de qualité des services, de la charge financière qu'elles imposent aux individus et même des barrières linguistiques, culturelles et fondées sur les différences de sexe […]. » (OMS, 2008, p. xvi.)

Si la question des inégalités en santé apparaît avant tout comme une question de justice sociale, ce n'est pas le cas dans le domaine de l'éducation, si l'on en juge par la faible occurrence du terme *inequity-ies* dans les textes fondateurs et les rapports récurrents consacrés à l'éducation pour tous par rapport à ceux consacrés aux soins de santé primaires pour tous.

2.3 Inégalités et disparités

La notion de disparité, au singulier comme au pluriel, est peu mobilisée dans le domaine de la santé : en prenant en compte toutes les années et les thématiques considérées dans les *Rapports sur la santé dans le monde* de l'OMS entre 2002 et 2013, elle n'apparaît que dix fois.

Les termes *disparity* et *disparities* apparaissent quatre fois dans la Déclaration de Jomtien, mais ils renvoient très clairement à la notion d'inégalité, qu'il s'agisse des

disparités entre et au sein des nations (Unesco, 1990, p. 5, 20), des disparités éducatives (*op. cit.*, p. 9), ou des disparités entre hommes et femmes (*op. cit.*, p. 18). Les termes *disparity-ies* et *inequality-ies* semblent interchangeables et sont employés indifféremment au singulier et au pluriel. Ils renvoient bien, dans la manière dont ils sont utilisés, au concept d'inégalité sociale définie comme « le résultat d'une distribution inégale, au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette société, due aux structures mêmes de cette société et faisant naître un sentiment d'injustice au sein de ses membres » (Duru-Bellat, 2009, p. 1).

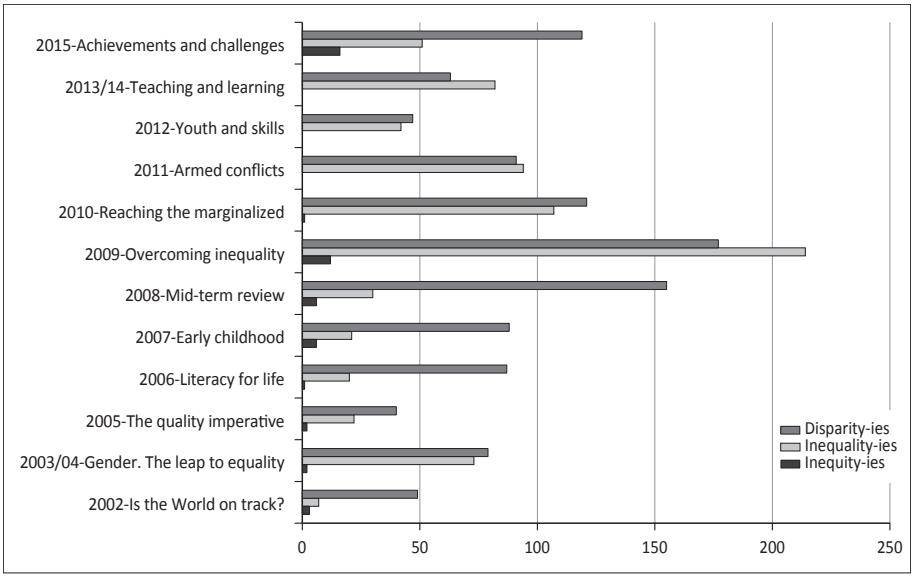


Figure 2 – Fréquence des termes *inequity-ies*, *inequality-ies* et *disparity-ies* dans les douze *Rapports de suivi* de l'EPT/ *EFA Global Monitoring Reports* (source : Unesco, 2002, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008, 2010, 2011, 2012, 2014, 2015)

L'analyse des fréquences des termes *inequity-ies, inequality-ies et disparity-ies* dans les *Rapports de suivi de l'EPT* montre la très faible utilisation du terme *inequity-ies* (figure 2). On peut se demander pourquoi, dans la mesure où le terme est apparu dans ces rapports en 2007, et où il apparaît que l'équité dans l'accès à l'éducation est l'un des facteurs qui détermine l'égalité – ou l'inégalité – dans les résultats scolaires. On peut faire l'hypothèse que les rapports étudiés ne se penchent que peu sur la question de l'équité parce que ses déterminants sont situés très largement en dehors de la sphère éducative autour de laquelle ils sont organisés. Cela pourrait expliquer l'usage plus fréquent des termes *inequality-ies* et, plus encore, *disparity-ies*, les deux termes étant interchangeables, même si on note une préférence nette pour le second. Sa fréquence d'apparition est supérieure à celle du terme *inequality-ies* dans neuf des douze rapports étudiés, et cela de manière très marquée dans ceux de 2002, 2006, 2007, 2008 et 2015, notamment dans les trois rapports non thématiques (2002, 2008 et 2015). Excepté dans le rapport de 2003-2004, intitulé *Gender and Education for All. The leap to equality,* la référence à la notion d'inégalité (*inequality-ies*) s'avère plus fréquente à partir du rapport de 2009, intitulé *Overcoming inequality : why governance*

matters. Dans les quatre rapports suivants, les écarts de fréquence entre *inequality-ies* et *disparity-ies* sont peu marqués. Par ailleurs, une analyse exploratoire des cooccurrences relatives aux termes inégalité(s) et disparité(s) dans le rapport de 2009 intitulé *Vaincre l'inégalité...* révèle de fortes similitudes : les mots qui sont le plus souvent associés à ces deux termes sont genre, pauvreté/richesse, pays/régional/géographique.

2.4 Que nous disent les mots utilisés ?

Dans le domaine de l'éducation, le terme *equity* est généralement associé à ceux de *quality* et d'*efficiency.* Cette utilisation des termes reflète l'idée que, pour atteindre l'« égalité » telle que définie par l'Unesco, c'est-à-dire dans la répartition des résultats scolaires, il faut s'attacher à assurer l'« équité » dans l'accès aux ressources, et en premier lieu, à l'éducation. C'est cette idée qui est exprimée dans l'article 3 de la Déclaration, lorsqu'il est fait état de la nécessité d'offrir à tous les handicapés un accès égal à l'éducation pour leur permettre de faire partie intégrante du système éducatif (Unesco, 1990, p. 9), ou des nombreuses personnes auxquelles est refusé « un accès égal pour des raisons de race, genre, langue, handicap, origine ethnique ou convictions politiques » (*op. cit.*, p. 19). La discrimination dans l'accès à l'éducation est source d'inégalités éducatives et les deux aspects sont étroitement liés dans les rapports étudiés, l'égalité en éducation permettant à son tour de promouvoir l'égalité des chances pour les filles et les femmes (*op. cit*, p. 33).

Dans le champ de la santé (figures 3 et 4 page suivante), l'analyse exploratoire des cooccurrences de ces termes montre que la notion d'*equity* est associée essentiellement à des questions de politique de réduction des inégalités (*gauge, advance, promote, move, contribute*), de justice sociale (*justice, solidarity, exclusion*), et à un besoin d'indicateurs, tant pour réaliser des comparaisons entre pays et au sein de chacun d'eux, que pour mesurer les inégalités selon les caractéristiques sociales des populations (*stratification, social, income*). L'iniquité en santé est mise en relation avec les barrières économiques d'accès aux soins – « les obstacles à l'accès constituent un important facteur d'iniquité : le paiement des soins par les usagers, en particulier, les empêche souvent d'accéder aux soins dont ils ont besoin » (OMS, 2008, p. xvii) –, et d'accès géographique pour les populations rurales. L'accent est mis sur les déterminants de ces inégalités – qu'il s'agisse des inégalités d'accès aux soins en termes de ressources et de pauvreté –, la couverture universelle et l'accès aux soins de santé primaires étant préconisés comme un moyen de réduire ces inégalités. Les inégalités résultent aussi de l'offre sanitaire : il s'agit, pour les réduire, de considérer et d'améliorer la disponibilité des services, l'accès aux soins de qualité à un coût abordable, et un accès sans discrimination de genre ou basé sur des barrières linguistiques et culturelles. Dans le champ de l'éducation en revanche, la question de l'offre n'est jamais évoquée en lien avec celle des inégalités.

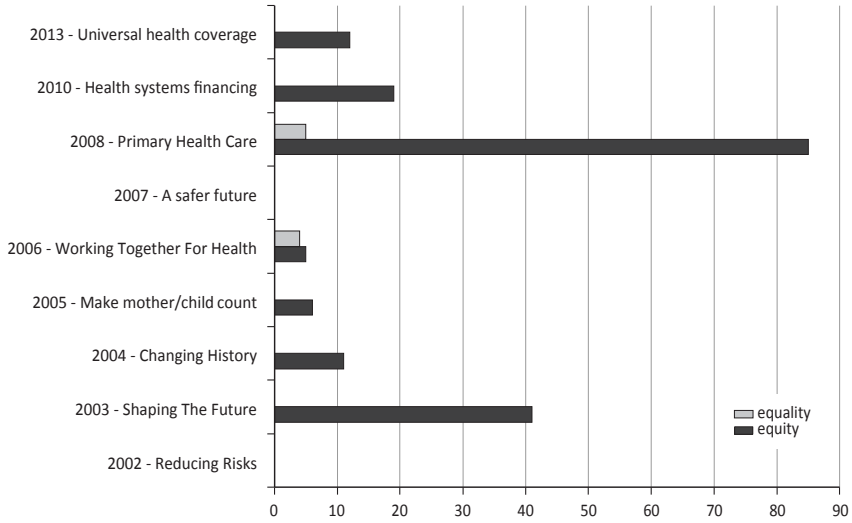


FIGURE 3 – Fréquence des termes *equity* et *equality* dans les *Rapports sur la santé dans le monde* (source : WHO, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2010, 2013a)

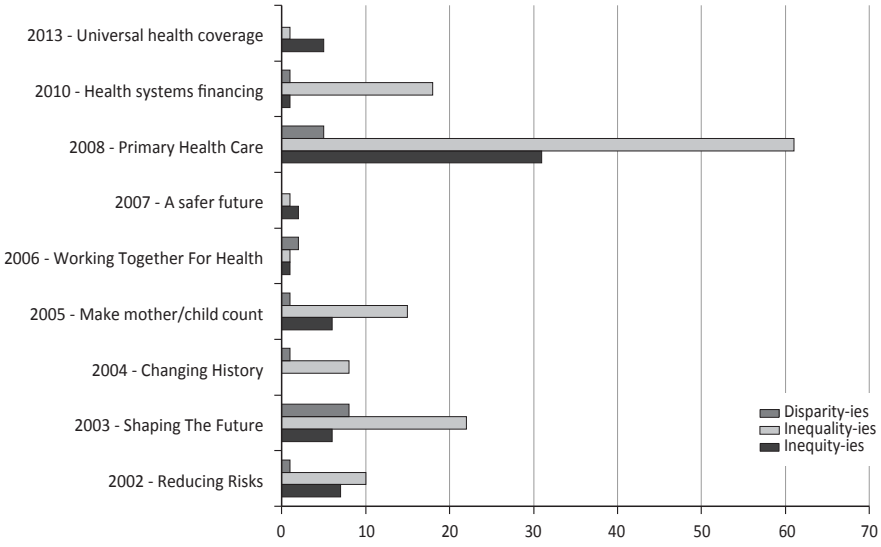


FIGURE 4 – Fréquence des termes *inequity-ies, inequality-ies et disparity-ies* dans les *Rapports sur la santé dans le monde* (source : WHO, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2010, 2013a)

3 Des mots aux mesures...

3.1 L'importance de l'équité en éducation

Avant le Forum de Dakar en 2000, l'Unesco publiait chaque année son annuaire statistique, constitué d'une série de tableaux statistiques sur l'éducation sans produire d'indicateurs de mesure des inégalités. Dans les *Rapports mondiaux de suivi sur l'EPT* publiés depuis 2002, la mesure des inégalités (ou des disparités) en matière d'éducation consiste à rendre compte des écarts de scolarisation, habituellement selon trois critères : le genre, le milieu de résidence (urbain/rural, régions) et le niveau de vie des ménages (généralement à travers les quintiles).

Une série de données sur le dénuement et la marginalisation en éducation (DME), développée par l'équipe du *Rapport de suivi de l'éducation pour tous* pour éclairer les politiques publiques sur les différentes formes, a été mise en ligne en 2009. Une représentation graphique des inégalités éducatives a ainsi été proposée, sur la base de ces données, dans le rapport de suivi 2010, *Atteindre les marginalisés*, sous forme d'un arbre de l'inégalité de l'éducation (Unesco, 2010, p. 155) qui présente les inégalités éducatives en termes de nombre moyen d'années de scolarisation en fonction de la richesse, du sexe, du lieu de résidence. Le rapport met ailleurs en lumière d'autres facteurs d'inégalité en fonction des données disponibles (mais donc pas de manière systématique) : la langue, l'ethnie, les situations de conflits, le travail des enfants, les types de handicap. En raison de difficultés de comparaison, cet arbre de l'inégalité se limite le plus souvent aux seuls trois facteurs que sont le sexe, le milieu de résidence et le niveau de vie.

En 2012, les données DME sont devenues, la base de données WIDE « *World Inequality Data base on Education* », une base de données mondiale sur les inégalités en éducation, qui « met en évidence la puissante influence de facteurs tels que la richesse, le genre, l'ethnicité et la localisation, sur lesquels les individus exercent peu de contrôle mais qui jouent un rôle important dans la définition des possibilités auxquelles ils peuvent accéder à l'éducation dans leur vie. Elle attire l'attention sur les niveaux inacceptables d'inégalités dans l'éducation entre les pays et entre les groupes au sein des pays, dans le but de contribuer à l'élaboration de politiques et au débat public » (Unesco, sd). Cette base reprend les trois facteurs de genre, milieu de résidence – éclaté entre milieux urbains et ruraux et par régions – et « richesse », et les complète par l'ethnie et la religion, deux facteurs qui ne sont pas documentés pour tous les pays. Pour chaque pays, les valeurs de l'indicateur choisi sont représentées sur une droite en fonction des différentes modalités de ces facteurs.

Les représentations proposées par DME puis par la base WIDE ne restituent que les résultats d'une analyse bivariée (représentation de simples tableaux croisés), qui ne renseignent en rien sur le pouvoir explicatif de chacun des facteurs, ni sur leur poids réel dans les inégalités observées. On peut par exemple s'interroger sur les raisons des inégalités éducatives observées entre différentes ethnies. Est-ce pour des raisons culturelles, comme cela est souvent mis en avant, ou bien à cause d'une offre scolaire insuffisante, voire inexistante ou inadaptée ? Comme nous l'avons signalé, l'offre scolaire est singulièrement absente des analyses des inégalités en matière d'éducation, ce

que confirme la liste des indicateurs proposés par la base WIDE. Celle-ci se conforme à la définition retenue pour les inégalités éducatives par le groupe de suivi mondial de l'éducation pour tous, en mettant l'accent sur les résultats éducatifs en termes d'accès, de complétion et d'apprentissage (Unesco, sd).

À l'échelle de l'Afrique subsaharienne, un autre acteur institutionnel international joue un rôle majeur en termes de production d'indicateurs et d'analyses statistiques en matière d'éducation : le Pôle de Dakar. Créé en 2001 sous l'impulsion de la France et de l'Unesco (Bureau régional pour l'Éducation en Afrique – BREDA) et, depuis rattaché à l'IIPE (Institut International de Planification de l'Éducation), le Pôle de Dakar a vocation à intervenir sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Il assure une expertise en analyse sectorielle de l'éducation à travers les RESEN (*Rapports d'État d'un Système Éducatif National*), et conçoit des outils pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des politiques éducatives nationales. Selon ses auteurs, le guide méthodologique conçu pour l'élaboration d'un RESEN « contient les éléments de base pour construire le diagnostic des éléments structurels d'un système éducatif et, sur cette base, pour construire un dialogue fructueux de politique éducative dans la perspective d'améliorer à moyen terme les performances du secteur. Tant la définition d'un plan décennal de développement du secteur que la préparation des projets de la Banque Mondiale (et des autres partenaires techniques et financiers) peuvent trouver dans le RESEN des éléments utiles » (Mingat *et al.*, 2001, p. 2).

Le chapitre intitulé « L'équité et les disparités dans les systèmes d'enseignement » comporte deux sections : l'une sur « L'équité dans les scolarisations » et l'autre sur « L'équité dans la répartition des ressources publiques en éducation » [4]. Selon l'approche adoptée, « il s'agira d'examiner les différenciations selon le sexe, la zone d'habitation et le revenu (si les données d'une enquête de ménages récente peuvent être exploitées) dans les scolarisations (taux et profils) d'une part, conséquemment dans la répartition des crédits publics mis à disposition du secteur, d'autre part » (*op. cit.*, p. 5).

La justification de la prise en compte de ces trois dimensions (sexe, résidence et niveau de vie), telle qu'explicitée dans le RESEN relatif au Burkina Faso, est surprenante :

> « En effet, il faut, dans cette analyse de l'équité dans le système éducatif, prendre en compte non seulement les facteurs contextuels comme la situation économique et financière du pays, le choix du dispositif organisationnel tel que le degré de déconcentration du système éducatif, mais aussi des facteurs relevant de la demande tels que les rapports de genre, l'origine sociale des enfants et le milieu de résidence [5]. » (Kamano *et al.*, 2010, p. 114.)

Contrairement à ce qui se passe dans le champ de la santé, les inégalités dues à l'offre sont ignorées dans le champ de l'éducation. Le poids de la répartition spatiale de l'offre scolaire et de ses composantes (statut, infrastructures, équipements, enseignants...),

4. Cette approche renvoie en partie à la problématique de l'offre scolaire, mais appréhendée ici sous l'angle financier, en termes de dépenses publiques.

5. Souligné par les auteurs.

tant en milieu rural qu'en ville, ne fait pourtant aucun doute. Comme le soulignent Henaff et Lange (2015, p. 13), « *dans les pays du Sud, l'inégale répartition de l'offre scolaire, tant en quantité qu'en qualité, demeure l'un des principaux obstacles à la généralisation de l'enseignement primaire et à l'ouverture plus démocratique du secondaire et du supérieur* ». L'approche des inégalités choisie pour l'éducation, et la mesure qui en découle, mettent l'accent sur les écarts de scolarisation entre différents sous-groupes de population sans référence à l'équité, qui voudrait que le système éducatif « [...] offre à chacun les mêmes véritables chances de s'éduquer. [...] un système est équitable si les différences entre les niveaux et types d'éducation ne s'expliquent que par des facteurs que les individus peuvent contrôler, dont ils sont responsables et non par des facteurs indépendants de leur volonté comme leur position initiale dans le système social » (Caillods *et al.*, nd). Or l'offre scolaire est un facteur largement indépendant de la volonté des individus, tant en termes de disponibilité que de qualité lorsque les parents n'ont pas le choix de l'établissement scolaire ; tel est le cas dès lors que les écoles qu'auraient choisies les parents ne sont pas physiquement accessibles ou que les parents n'ont pas les moyens financiers d'y inscrire leurs enfants.

L'approche retenue pour l'éducation met la focale sur les familles et les communautés, une idée récurrente dans le domaine de l'éducation. On n'accusera pas les individus de ne pas vouloir se soigner, mais la résistance passée de certains sous-groupes de population à la scolarisation laisse planer le doute sur leur volonté de scolariser leurs enfants. L'idée avait participé à la justification de la réintroduction des droits scolaires dans les années 1980 et 1990. La déscolarisation qui s'en est suivie dans la plupart des pays sous ajustement structurel a entraîné le retour à la gratuité, du moins dans le primaire, sans pour autant que la suspicion soit totalement levée. Pourtant, le « Droit à l'éducation » inscrit dans la Déclaration de Jomtien de 1990 et dans le Commentaire général, daté de 1999, de l'article 13 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels adopté en 1976, implique une responsabilité, voire une obligation des États à garantir l'effectivité du droit à l'éducation. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a ainsi retenu quatre « traits essentiels » devant caractériser les systèmes éducatifs (Liechti, 2000, p. 89) :

- l'acceptabilité, en termes de forme et de contenu de l'enseignement ;
- l'adaptabilité aux besoins des sociétés et des communautés en mutation ;
- la dotation en infrastructures, programmes éducatifs, approvisionnement en eau potable, enseignants bien formés et payés, matériel pédagogique, etc. ;
- l'accessibilité : non-discrimination, accessibilité physique et d'un point de vue économique.

On notera que ces caractéristiques renvoient à la nature, au contenu, à la qualité et à la répartition de l'offre d'éducation. Mais s'il est question de performances et d'écarts en éducation, il n'est guère question de l'équité, qui mettrait les différents acteurs de l'offre en face de leurs responsabilités.

3.2 L'accent mis sur l'égalité dans la mesure en santé

Dans les *Rapports sur la santé dans le monde*, des annexes statistiques sont proposées, mais elles n'abordent pas les questions relatives aux inégalités de santé. Par contre,

depuis 2006 seulement, les rapports des statistiques sanitaires consacrent un chapitre spécifique aux inégalités de santé, intitulé « *Health inequities*[6] ». Contrairement aux indicateurs présentés dans l'ensemble de ces rapports statistiques, qui sont des moyennes nationales à l'échelle mondiale, les indicateurs[7] doivent être conçus pour « identifier les différences inéquitables en matière de santé – différences injustes et évitables – dans l'état de santé ou les services de santé dont bénéficient les individus. Les différences inéquitables en matière de santé ne touchent pas que les plus vulnérables, mais s'observent aussi en traversant l'ensemble du gradient social » (OMS, 2014, p. 153).

Sont ainsi produits dans chaque rapport des indicateurs similaires par pays, essentiellement basés sur des enquêtes démographiques (EDS, MICS) réalisées pour analyser les objectifs 4 (réduire la mortalité infantile) et 5 (améliorer la santé maternelle) du Millénaire et, donc, centrés exclusivement sur des questions de santé maternelle et infantile : assistance à l'accouchement, couverture vaccinale, suivi prénatal, mortalité infantile et prévalence contraceptive. Ces indicateurs sont désagrégés en trois catégories, selon le lieu de résidence (urbain / rural), le niveau de richesse du ménage et le niveau d'instruction de la mère (deux niveaux, bas et élevé).

Tout comme l'Unesco dans le domaine de l'éducation, l'OMS dispose d'un observatoire mondial de la santé qui fournit des indicateurs de l'équité en santé[8]. Cette base de données se focalise sur une série d'indicateurs calculés à partir de données tirées des enquêtes démographiques utilisées dans les statistiques sanitaires, et combinés pour mesurer le niveau de couverture des interventions dans le champ de la santé reproductive, maternelle et infantile.

La commission sur les déterminants sociaux de la santé a également proposé une liste d'indicateurs pour mesurer les iniquités en santé qui prennent aussi bien en compte la demande que l'offre de soins. Dans son rapport final, ce comité a ainsi recommandé, dans la perspective d'améliorer la surveillance et la recherche sur ces inégalités de santé, que les gouvernements nationaux établissent un système national de surveillance de l'équité en santé, avec une collecte systématique de données sur ses déterminants sociaux (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008b).

Pour la commission, les résultats de santé doivent être *a minima* mesurés par des indicateurs de mortalité – infantile ou juvénile, maternelle, des adultes –, d'espérance de vie à la naissance et de morbidité. La pertinence de ces indicateurs peut varier d'un pays à l'autre, comme la prévalence de l'obésité, du diabète, de la malnutrition, du VIH, de la santé mentale et l'état de santé auto-déclaré, mais les indicateurs doivent être fournis selon certaines caractéristiques de la population : le sexe, au moins deux marqueurs sociaux (tels que l'éducation, le revenu, la profession, l'ethnie/race) et un marqueur régional au moins (rural/urbain, province). Enfin, ces indicateurs doivent

6. Il est intéressant de noter que, selon les années, bien que son contenu soit équivalent dans la version rédigée en français, ce chapitre s'intitule « Iniquités dans les soins de santé (et les événements sanitaires) », « Inégalités en matière de santé » ou « Différences inéquitables en matière de santé ».

7. Mortalité et retard de croissance des enfants de moins de 5 ans, assistance par du personnel qualifié à la naissance et couverture vaccinale pour la rougeole.

8. http ://www. who.int/gho/healthequity/en/index.html

comprendre au moins une mesure absolue et une comparaison relative entre groupes sociaux (WHO et CDSH, 2008).

Le Brésil a été le premier pays à mettre en place une Commission nationale dans le but de générer des informations et des connaissances sur les déterminants des inégalités en santé et d'élaborer des politiques publiques favorisant l'équité en santé. Le rapport final de cette commission offre une analyse générale de la situation sanitaire dans le pays (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008), sur la base de six groupes d'indicateurs de mesure des inégalités en santé (Nunes, 2001) : l'offre sanitaire (ressources humaines et des capacités) ; l'accès et l'utilisation des services ; le financement (charges fédérale et familiale) ; la qualité des soins ; l'état de santé (morbidité et mortalité) ; la santé et les conditions de vie. Grâce aux statistiques du système de santé (SUS) et à des enquêtes en population, des profils épidémiologiques différents ont été considérés, de même que la distribution et l'organisation des réponses sociales aux problèmes de santé. Chacune de ces dimensions a été analysée selon la classe sociale, le milieu de résidence, le sexe, le revenu, la couleur de peau, la profession, la scolarité et l'âge des individus.

Dans une autre étude proposant des outils de mesure des inégalités en santé, l'OMS (2013b) a considéré que les différences entre sous-groupes de populations devaient être abordées selon sept dimensions – résumées selon l'acronyme PROGRESS :

- *Place of residence (rural, urban, etc.).*
- *Race or ethnicity.*
- *Occupation.*
- *Gender.*
- *Religion.*
- *Education.*
- *Socioeconomic status.*
- *Social capital or resources.*

Ces indicateurs permettent une mesure adéquate de l'équité en santé en ne se basant pas uniquement sur une dimension strictement économique des inégalités mais en permettant une stratification de la population en sous-groupes en fonction de certaines caractéristiques (éducation, langue, capital social…) et d'identifier des sous-groupes de population minoritaire. Mais de nombreux pays ne disposent pas de données statistiques suffisantes pour fournir ce type d'indicateurs à un niveau très fin.

Ainsi, alors que l'accent est mis, dans le domaine de la santé, sur l'équité, les indicateurs proposés portent exclusivement sur l'état de santé des populations, comme ils portent exclusivement sur « l'état scolaire » des populations en éducation, en se focalisant dans ce domaine, sur l'égalité. Si les enquêtes statistiques d'envergure telles que les enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) ou les enquêtes à indicateurs

multiples (MICS) fournissent un corpus intéressant au niveau de la demande [9], l'offre sanitaire est en revanche insuffisamment prise en compte. Comme nous l'avons montré, si certains pays comme le Brésil disposent, de statistiques sanitaires qui permettent de calculer certains indicateurs, leur niveau de complétude et de désagrégation est cependant très variable et ne permet pas toujours une analyse très fine de l'offre. En l'absence d'enquêtes régulières sur l'éducation, les enquêtes de type EDS et MICS fournissent des données qui sont utilisées pour calculer des indicateurs d'inégalités en éducation. Mais, outre le fait que ces indicateurs ne prennent absolument pas en compte l'offre d'éducation, ce qu'ils calculent peut présenter des écarts importants avec les données obtenues à partir d'autres sources, les échantillons n'étant pas calibrés pour une représentativité dans le domaine de l'éducation.

Conclusion

On le sait, les mots comme les statistiques ne sont pas neutres. Depuis plusieurs décennies, les organisations internationales en matière de développement jouent un rôle croissant, particulièrement dans les domaines de l'éducation et de la santé, dans la définition et l'évaluation des politiques nationales. Cela se traduit notamment par une convergence des positions, un discours de plus en plus normatif et une sorte de gouvernance mondiale par la mesure. Au regard de l'accent mis sur la réduction des inégalités, nous avons choisi, dans ce chapitre, de nous focaliser sur les mots et leurs définitions par les institutions internationales leaders dans les domaines de l'éducation et de la santé, et aux types de mesure qu'elles proposent pour appréhender les inégalités.

De cette démarche au caractère exploratoire qui a consisté en une analyse des textes et rapports internationaux, il ressort un véritable flou terminologique et conceptuel, marqué par une pluralité de termes censés désigner les inégalités, et un manque de clarification de chacun d'eux. Si équité et égalité semblent bien perçus et présentés comme deux concepts différents au registre des analyses, les indicateurs et données statistiques sont, eux, conçus en termes d'inégalités ou de disparités, et rarement, voire jamais, en termes d'absence d'équité, ce qui se traduit par une production d'indicateurs portant sur l'état de la demande en santé et en éducation, mais pas sur l'offre. Or, si les indicateurs de demande sont fondamentaux pour repérer les inégalités – qu'elles soient conçues comme évitables ou inacceptables –, c'est davantage du côté de l'offre que se situent les possibilités d'agir sur les inégalités observées. L'absence de prise en compte des données sur l'offre, pour imparfaites qu'elles soient, est d'autant plus étonnante que, pour ce qui concerne l'éducation, l'offre est en principe contrôlée par l'État ou les collectivités territoriales, au moins en quantité, et pourrait donc, sans collecte supplémentaire, donner lieu à des calculs d'indicateurs, au moins dans la dimension quantitative de l'éducation.

Par ailleurs, les statistiques et indicateurs retenus pour mesurer les inégalités posent question. Ils traduisent en effet une approche normative et restrictive des inégalités, illustrée par la prise en compte d'un nombre réduit de facteurs et de dimensions. En

9. À partir d'indicateurs tels que la prévalence contraceptive, la couverture vaccinale, la surveillance prénatale...

raison d'une sorte d'obsession de la comparaison (dans une optique de *benchmarking*) et, dans beaucoup de cas (de pays), d'une absence de données (d'autant plus marquée pour les données fiables), les inégalités en éducation et en santé sont essentiellement appréhendées statistiquement à travers trois facteurs : le genre, le lieu de résidence (urbain/rural, régions) et le niveau de vie. Ces trois facteurs sont importants, mais ils ne suffisent pas à eux seuls à rendre compte de toutes les formes d'inégalités.

Notre étude apporte en ce sens un troisième enseignement : les inégalités dues à l'offre scolaire et sanitaire – en particulier dans sa structure, ses insuffisances, son inégale distribution – constituent une dimension très largement ignorée, excepté dans l'analyse proposée par la commission des déterminants sociaux de la santé. Dans la liste des indicateurs retenus dans *The World Inequality Database on Education (WIDE)*, et dans celle du *Health Equity Monitor, Global Health Observatory*, aucun ne se réfère à l'offre scolaire et sanitaire.

La démarche adoptée ici demanderait à être approfondie et prolongée dans diverses directions. Il serait ainsi intéressant de l'appliquer aux publications d'autres institutions internationales de la sphère des Nations Unies telles que le PNUD ou l'Unicef, ou n'appartenant pas aux Nations Unies comme la Banque mondiale [10], et de réaliser de véritables analyses de contenu plutôt qu'une simple étude des occurrences et cooccurrences, comme nous l'avons fait ici. Il serait également intéressant de mettre les résultats obtenus à partir de la littérature institutionnelle en perspective avec une analyse similaire du corpus des publications scientifiques. Cela permettrait d'étudier les influences réciproques entre les organismes internationaux et le champ de la recherche, à partir des termes utilisés, de leurs définitions et des indicateurs retenus pour mesurer les inégalités.

Références

Altinok N. (2005), *La Banque mondiale et l'éducation en Afrique subsaharienne. Analyse normative du meilleur système éducatif*, Séminaire « Institutions et développement » MATISSE, Université Paris I, Paris.

Caillods F., Demeuse M. et Coury D. (sd,), *Equité*, Module de cours n° 7, PSGSE, https ://psgse.iiep. unesco .org/

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), *As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil*, Brésil, FIOCRUZ.

Commission des déterminants sociaux de la santé (2008a), *Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*, Genève, OMS, http ://www.who.int/socialdeterminants/thecommission/finalreport/keyconcepts/fr/ (consulté le 12/01/2018).

Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (2008b), *Rapport final, Combler le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève, OMS.

Duru-Bellat M. (2009), *Les Inégalités Sociales à l'école. Genèse et mythes*, Paris, PUF.

Gobin C. et Deroubaix J.-C. (2010), « L'analyse du discours des organisations internationales. Un vaste champ encore peu exploré, Mots », *Les langages du politique (En ligne* http ://mots.revues.org/19872), vol. 94, p. 107–114.

10. Selon une récente analyse lexicographique basée sur les rapports annuels de la Banque mondiale de 1946 à 2012, la question des inégalités, quasiment pas abordée, ne semble pas ressortir comme une préoccupation majeure de cette institution (Moretti et Pestre, 2015).

Henaff N. et Lange M.-F. (2015), « Inégalités scolaires au Sud : transformation et reproduction », *Autrepart*, vol. 59, p. 3–18.

ISU (Institut de statistiques de l'Unesco) et EFA/GMR (Education for All Global Monitoring Report) (2014), *Final Statement on Framing and Measuring Inequalities in Education*, Workshop on "Framing and measuring inequalities in post education targets", Paris, Education for All Global Monitoring Report and the UNESCO Institute for Statistics, https ://en.unesco.org/gem-report/sites/gem-report/files/GMR%20UIS%20Equity%20Workshop%20-%20Final%20Statement%20%283%29.pdf.

Kamano P.J., Rakotomalala R., Bernard J.-M., Husson G. et Reuge N. (2010), *Les défis du système éducatif burkinabè en appui à la croissance économique*, *Documents de travail de la Banque Mondiale*, Washington D.C, Banque mondiale.

Liechti V. (2000), « Les indicateurs face au droit à l'éducation : état des lieux et critiques », *in* J. Friboulet, Liechiti V. et Meyer-Bisch (dir.), Berne, Fribourg, Commission nationale pour l'Unesco (Berne), Institut interuniversitaire d'éthique et des droits de l'homme de l'université de Fribourg, Chaire d'histoire et de politique économique de l'université de Fribourg, p. 81–114.

Mingat A., Rakotomalala M. et Tan J-P. (2001), *Rapport d'État d'un Système éducatif National (RESEN). Guide méthodologique pour sa préparation*, Équipe DH-PPTE, région Afrique, Banque Mondiale.

Moretti F. et Pestre D. (2015), « Bankspeak : The Language of World Bank Reports, 1946-2012 », *Pamphlets of the Standford Literary Lab*, 9, March 2015, http ://litlab.stanford.edu/pamphlets/ consulté le 31/01/2017.

Nunes A., Santos J.R., Silva B., Rita B. et Vianna S.M. (2001), « Medindo as desigualdades em saúde no Brasil : uma proposta de monitoramento », 1a. ed, Brasilia,l, Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Organisation mondiale de la santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef (1978), *Alma Ata 1978 – Les soins primaires de santé*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2008), *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014), *Statistiques sanitaires mondiales*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

Unesco (1990), Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous et Cadre d'action pour répondre aux besoins éducatifs fondamentaux, Jomtien, Thaïlande, 5-9 mars 1990, Paris, Unesco.

Unesco (2002), *Education for All. Is the world on track ? EFA Global Monitoring Report 2002*, Paris, UNESCO.

Unesco (2003), *Gender and Education for All. The leap to Equality, EFA Global Monitoring Report 2003-04*, Paris, Unesco.

Unesco (2004), *Education for All. The quality imperative, EFA Global Monitoring Report 2005*, Paris, Unesco.

Unesco (2005), *Literacy for life, EFA Global Monitoring Report 2006*, Paris, Unesco.

Unesco (2006), *Strong foundations. Early childhood, care, and education, EFA Global Monitoring Report 2007*, Paris, Unesco.

Unesco (2007), *Education for All by 2015. Will we make it ?, EFA Global Monitoring Report 2008*, Paris, Unesco.

Unesco (2008), *Overcoming inequality : why governance matters, EFA Global Monitoring Report 2009*, Paris, Unesco.

Unesco (2010), *Reaching the marginalized, EFA Global Monitoring Report 2010*, Paris, Unesco.

Unesco (2011), *The hidden crisis : Armed conflicts and education, EFA Global Monitoring Report 2011*, Paris, Unesco.

Unesco (2012), *Education for All. Is the world on track ?, EFA Global Monitoring Report 2012*, Paris, Unesco.

Unesco (2014), *Teaching and learning. Achieving quality for all, EFA Global Monitoring Report 2013-14*, Paris, Unesco.

Unesco (2015), *Education for All 2000-2015. Achievements and challenges, EFA Global Monitoring Report 2015*, Paris, Unesco.

Unesco (sd), World Inequality Database on Education (WIDE), Paris, Unesco, http ://www.education-inequalities.org (consulté le 30/01/2016).

Vinokur A. (2003), « De la scolarisation de masse à la formation tout au long de la vie : essai sur les enjeux économiques des doctrines éducatives des organisations internationales », *Éducation et sociétés*, vol. 2, n° 12, p. 91–110.

World Health Organization (WHO) (2002), *The world health report 2002 : reducing risks, promoting healthy life*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2003), *The world health report 2003 : shaping the future*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2004), *The World health report : 2004 : changing history*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2005), *The World Health Report 2005 : Make every mother and child count*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2006), *The world health report 2006 : working together for health*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2007), *The world health report 2007 : a safer future : global public health security in the 21st century*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2008), *The world health report 2008 : primary health care : now more than ever*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2010), « *The World Health Report, 2010 : health systems financing the path to universal coverage* », Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2013a), *The World Health Report 2013 : Research for universal health coverage*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2013b), *Handbook on health inequality monitoring : with a special focus on low- and middle-income countries*, Switzerland, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2015), *State of inequality : reproductive, maternal, newborn and child health*, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (WHO) et Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008), *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health.* Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva World Health Organization.

Annexe

Tableau 1 – Liste des documents et rapports de l'Unesco consultés

1990	*World Declaration on Education for All, Jomtien, 1990* (Unesco, 1990) Déclaration de Jomtien sur l'EPT
2002	*Education for All. Is the World on Track?* (Unesco, 1990) EPT : le monde est-il sur la bonne voie ?
2003/2004	*Gender and Education for All. The Leap to Equality* (Unesco, 2003 Genre et éducation pour tous. Le défi de l'égalité
2005	*Education for All. The Quality Imperative* (Unesco, 2004) Éducation pour tous. L'exigence de qualité
2006	*Literacy for Life* (Unesco, 2005) L'alphabétisation, un enjeu vital
2007	*Early Childhood, Care, and Education. Strong Foundations* (Unesco, 2006) Éducation et protection de la petite enfance
2008	*Education for All by 2015. Will We Make It?* (Unesco, 2007) L'éducation pour tous en 2015. Un objectif accessible ?
2009	*Overcoming Inequality : Why Governance Matters* (Unesco, 2008) Vaincre l'inégalité : l'importance de la gouvernance
2010	*Reaching the Marginalized* (Unesco, 2010) Atteindre les marginalisés
2011	*The Hidden Crisis: Armed Conflicts and Education* (Unesco, 2011) La crise cachée : les conflits armés et l'éducation
2012	*Youth and Skills. Putting Education to Work* (Unesco, 2012) Jeunes et compétences. L'éducation au travail
2013/2014	*Teaching and Learning. Achieving Quality for All* (Unesco, 2014) Enseigner et apprendre. Atteindre la qualité pour tous
2015	*Education for All 2000-2015. Achievements and Challenges* (Unesco, 2015) Éducation pour tous. Progrès et enjeux

Tableau 2 – Liste des documents et rapports de l'OMS consultés

SANTÉ	
Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata (OMS, Unicef, 1978) Conférence d'Alma Ata, « Les soins de santé primaires » de 1978	
2002	*Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (WHO, 2002) Réduire les risques et promouvoir une vie saine
2003	*Shaping the Future* (WHO, 2003) Façonner l'avenir
2004	*Changing History* (WHO, 2004) Changer le cours de l'histoire
2005	*Make Every Mother and Child Count* (WHO, 2005) Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant
2006	*Working Together for Health* (WHO, 2006) Travailler ensemble pour la santé
2007	*A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century* (WHO, 2007) La sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle : un avenir plus sûr
2008	*Primary Health Care (Now More Than Ever)* (WHO, 2008) Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais
2010	*Health Systems Financing – The Path to Universal Coverage* (WHO, 2010) Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle
2013	*Research for Universal Health Coverage* (WHO, 2013a) La recherche pour la couverture sanitaire universelle
Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health (WHO, CHSH, 2008) Combler le fossé en une génération, rapport de la commission sur les déterminants sociaux de la santé	

Tableau 3 – Occurrence des mots dans les rapports

	equity	*inequity*	*inequities*	*equality*	*inequality*	*inequalities*	*disparity*	*disparities*
EFA Global Monitoring Reports								
2002 – Is the World on Track?	6	1	2	32	2	5	5	44
2003/04 – Gender. The Leap to Equality	22	0	2	149	36	37	9	70
2005 – The Quality Imperative	34	2	0	22	12	10	11	29
2006 – Literacy for Life	16	1	0	22	14	6	3	84
2007 – Early Childhood	27	2	4	30	12	9	9	79
2008 – Mid-Term Review	13	2	4	47	19	11	31	124
2009 – Overcoming Inequality	259	11	1	21	87	127	10	167
2010 – Reaching the Marginalized	98	0	1	7	39	68	12	109
2011 – Armed Conflicts	32	0	0	13	40	54	11	80
2012 – Youth and Skills	3	0	0	10	30	12	13	34
2013/2014 – Teaching and Learning	17	0	0	24	72	10	27	36
2015 – Achievements and Challenges	56	16	0	78	44	7	85	34
World Health Report								
2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life	0	1	6	0	3	7	1	0
2003 – Shaping the Future	41	1	5	0	12	10	3	5
2004 – Changing History	11	0	0	0	4	4	1	2
2005 – Make Every Mother and Child Count	6	1	5	0	7	8	0	1
2006 – Working Together for Health	5	0	1	2	0	1	0	2
2007 – A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century	0	1	1	0	0	0	0	0
2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever)	85	7	24	5	17	44	0	5
2010 – Health Systems Financing – The Path to Universal Coverage	19	1	0	0	0	5	13	0
2013 – Research for Universal Health Coverage	12	2	3	0	0	1	0	0
Closing the gap	443	85	133	7	17	6	0	2