Face à face
Regards sur la santé

4 | 2002
Inégalités et santé

Pauvreté, inégalités économiques et disparités de santé : conditions de vie et stratégies d'acteurs

Claude Raynaut, Tatiana Engel Gerhardt et Eleusis R. Nazareno

Édition électronique
URL : http://journals.openedition.org/faceaface/489
ISSN : 1298-0390

Éditeur
UMR 912 SE4S

Référence électronique
Claude Raynaut, Tatiana Engel Gerhardt et Eleusis R. Nazareno, « Pauvreté, inégalités économiques et disparités de santé : conditions de vie et stratégies d'acteurs », *Face à face* [En ligne], 4 | 2002, mis en ligne le 01 juillet 2002, consulté le 03 mai 2019. URL : http://journals.openedition.org/faceaface/489

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

Tous droits réservés

Pauvreté, inégalités économiques et disparités de santé : conditions de vie et stratégies d'acteurs

Claude Raynaut, Tatiana Engel Gerhardt et Eleusis R. Nazareno

1 La description et l'analyse des hétérogénéités et des inégalités dans le domaine de la santé et de la maladie constituent, depuis longtemps, l'un des principaux sujets d'étude de l'Épidémiologie, et de la Santé publique, disciplines qui se donnent pour objectif d'aborder les problèmes sanitaires en se plaçant au niveau de grands ensembles de population. Ces mêmes disparités constituent également des sujets de préoccupation pour les politiques de santé publique, quelle que soit l'échelle à laquelle elles se placent : celle de communautés locales, celle d'un espace national ou encore international. Alors que la Clinique considère chaque patient dans la singularité de sa situation individuelle et s'efforce de trouver des solutions aux problèmes particuliers qui se posent à lui, Épidémiologie et Santé publique abordent dans sa globalité la réalité collective sur laquelle elles travaillent. Cela implique par, là même, qu'une des variables majeures qu'elles doivent prendre en compte est celle de la diversité et des hétérogénéités qui partagent les larges ensembles dont elles traitent. L'amélioration du niveau moyen de santé d'une population donnée exige en effet que l'on parte de l'inégale distribution des risques entre les différentes sous-populations qui la constituent et que l'on s'efforce d'atténuer ces différences en réduisant le niveau d'exposition de celles qui sont les plus défavorisées.

2 L'analyse des liens que les différences d'état de santé entretiennent avec des disparités de conditions de vie - elles-mêmes conséquences d'inégalités d'ordres social et économique - constitue, de longue date, l'un des principaux thèmes auxquels se consacrent les recherches de Santé publique, dans leur effort pour produire une connaissance destinée à éclairer l'action. L'apparition et le développement de cette thématique s'inscrivent dans le cours d'une évolution qui n'a pas été seulement la manifestation d'une évolution interne de la pensée et des pratiques scientifiques mais qui a représenté aussi le reflet de l'histoire de nos sociétés. Après être longtemps demeuré confiné au domaine des

disciplines de santé, ce questionnement parvient aujourd'hui à une nouvelle étape qui conduit à sa réappropriation par les sciences sociales et, plus particulièrement, par l'Anthropologie. C'est une réflexion épistémologique et méthodologique que nous voudrions esquisser ici sur ce thème, en élargissant le problème à la situation de pays en développement comme le Brésil et le Niger, où le problème des inégalités et celui de la pauvreté se révèlent cruciaux.

Inégalités socio-économiques et disparités de santé : une question historique, toujours d'actualité

3 A partir de la fin du XVIIIe siècle et durant le XIXe siècle, l'évolution des modèles d'explication des maladies a permis d'établir sur des bases scientifiques nouvelles les intuitions anciennes de la médecine hypocratique, en réaffirmant l'existence de relations entre l'état de santé d'une population donnée et les conditions matérielles de son existence. La surpopulation, le manque d'hygiène, les carences alimentaires ont été, notamment identifiées comme des éléments du cadre de vie qui étaient susceptibles de causer des maladies. Par ailleurs, une relation forte a été rapidement mise en évidence entre l'intensité de ces « facteurs de risques » et le niveau de pauvreté. Cela a conduit à voir dans les inégalités de santé une des manifestations les plus visibles des inégalités économiques. C'est parmi les populations les plus pauvres, celles qui vivaient dans les conditions matérielles les plus désastreuses, qu'ont été mises très tôt en évidence l'existence des pires situations sanitaires.

4 Les premières étapes du processus d'industrialisation dans les pays européens et aux États-Unis se sont accompagnées, on le sait, de déplacements massifs de population, dont la plus grande partie trouvait son origine dans les zones rurales et aboutissait dans les cités. Des poches de misère se formèrent ainsi à la périphérie des centres urbains et des pôles industriels. La petite minorité des individus qui parvenaient à trouver un emploi régulier était exposée à des conditions de travail extrêmement dangereuses, recevant en contrepartie une rémunération qui permettait tout juste d'entretenir sa force de travail sans pouvoir assurer les besoins des autres membres de la famille. Quant à la masse des travailleurs précaires et des sans-emploi, elle ne pouvait même pas atteindre les conditions minimales de sa survie. Dans les toutes premières années du XXe siècle la description que Jack London donnait des faubourgs de Londres se faisait encore l'écho de cette terrible réalité (London, 1903).

5 Ces poches de misère, où se concentraient également la marginalité sociale et la délinquance, ont rapidement attiré l'attention de ceux qui veillaient à l'ordre matériel et moral de la société de l'époque. Dès les premières décennies du XIXe siècle, des études ont commencé à être conduites sur ce sujet dans les pays les plus engagés dans le processus historique d'industrialisation et d'urbanisation : l'Angleterre, l'Allemagne, la France, les États-Unis. Toutes aboutissaient à mettre en évidence les conditions de vie et de travail exécrables des populations les plus pauvres et à souligner les conséquences de cette situation sur le plan sanitaire (Penot, 1828 ; Benoiston et Chateauneuf, 1830 ; Chadwick, 1842 ; Farr, 1851 : cités par Aïach, 1990). Les nombreuses observations empiriques qui venaient ainsi confirmer l'existence d'une étroite relation entre les inégalités socio-économiques et les disparités de santé ne furent pas sans inviter à un effort plus ample de recherche d'explications causales. Des modèles strictement épidémiologiques ne

suffisaient pas pour rendre compte de la situation observée et de sa dynamique. Ils réclamaient d'être prolongés par une analyse sociale. Certes, dans la droite ligne des idées dominantes de la classe dirigeante de l'époque, nombreuses furent les interprétations rejetant sur la « mentalité » et le comportement des pauvres (alcoolisme, mœurs dissolues) la responsabilité des conditions de vie précaires dont ils souffraient et les conséquences qui en découlaient sur leur état de santé. Toutefois, d'autres observateurs et d'autres analystes proposèrent une lecture différente : liant la pauvreté urbaine, avec toutes ses séquelles, aux caractéristiques sociales, politiques et économiques de la société de l'époque. Le plus connu en est sans doute Engels, qui voyait dans la situation sanitaire des classes misérables l'une des manifestations les plus criantes des processus historiques de construction et d'évolution de l'économie capitaliste et des types de rapports sociaux auxquels cette évolution donnait naissance (Engels, réed., 1984). C'était, selon lui, la logique même de constitution des classes sociales, et plus particulièrement de formation d'une réserve de main-d'œuvre (ce que Marx appelait « l'armée industrielle de réserve ») qui expliquait les conditions d'existence du prolétariat et des franges encore plus marginalisées de la société industrielle (lumpenproletariat).

6 Par la suite, les découvertes bactériologiques et la place dominante conquise par la théorie des germes contribuèrent à faire passer au second plan la recherche des causes sociales des disparités de santé. On se prit à voir dans l'application de mesures de prophylaxie adéquates et dans les progrès de la médecine curative des moyens appropriés pour parvenir à améliorer l'état de santé des différentes couches de population, sans avoir à remettre en cause l'ordre qui présidait à l'organisation sociale ni les disparités sur lesquelles celui-ci reposait. Cet espoir, toutefois, montra vite ses limites et les inégalités de santé retrouvèrent rapidement leur place parmi les problèmes que la santé publique devait s'attacher à résoudre et parmi les questions qui étaient posées aux disciplines scientifiques dont la production de connaissance pouvait permettre d'alimenter les choix de politique sanitaire.

7 En Europe et aux États-Unis, à la fin du XIX^{e} et durant le XX^{e} siècle, l'organisation progressive du monde ouvrier et les luttes qu'il a pu ainsi mener, de même que l'évolution interne de l'économie capitaliste qui rendait nécessaire la création d'un marché de consommation ouvert aux catégories qui en étaient jusque là exclues, s'accompagnèrent d'un mouvement qui conduisit peu à peu sinon à la disparition totale du moins à la réduction des situations de misère les plus extrêmes. Simultanément, des mécanismes légaux et sociaux de protection se mettaient en place, ouvrant plus largement l'accès à des moyens de prévention et de traitement qui, eux-mêmes, connaissaient des progrès spectaculaire (vaccinations, antibiotiques, etc.). Les indicateurs de santé globaux - dont l'espérance de vie moyenne constitue sans doute l'expression la plus synthétique - entrèrent dès lors dans un cycle d'amélioration rapide.

8 Malgré cela et même si, globalement, leur situation sanitaire n'a plus rien de comparable avec celle que l'on observait il y a un siècle, les études réalisés dans les des pays industriels montrent que, jusqu'à présent, les populations appartenant à des catégories économiques distinctes demeurent partagées par de fortes disparités de santé. De nombreuses affections continuent à frapper plus particulièrement les catégories socio-professionnelles les plus défavorisées, tandis que les taux de mortalité - des adultes aussi bien que des enfants - s'accroissent au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale et économique. D'autre part, pour de multiples pathologies - comme le cancer ou les maladies cardio-vasculaires par exemple - on observe des différences de prévalence

accusées entre espaces géographiques distincts : quartiers au sein d'une ville, régions au sein d'un pays.

9 Bien que les pays et les économies les plus développés soient sortis d'une phase de « transition épidémiologique » qui les a vus quitter un profil caractérisé par la haute prévalence des maladies infectieuses et entrer dans un nouveau profil, marqué par la dominance des pathologies dégénératives ou liées aux modèles de consommation (cancer, maladies cardio-vasculaires, obésité, etc.), les inégalités de santé y demeurent une des données majeures de la réalité épidémiologique (Febvay et Aubenque, 1957 ; Surault, 1984 ; Townsend et Davidson, 1982 ; Illsley, 1987 ; Aïach & Carr-Hill *et al.*, 1987 ; Morris, 1990). L'évolution de l'état sanitaire dans les pays riches s'est donc traduite non par une disparition des inégalités de santé mais par une modification des formes selon lesquelles elles se manifestent.

10 Parallèlement à ces transformations socio-économiques et épidémiologiques, s'est opérée une modification des modèles d'interprétation sociologique des inégalités dans ces mêmes pays. La situation est devenue plus complexe à analyser. Les formes les plus violentes de domination et d'exploitation de la force de travail ont été externalisées, c'est-à-dire exportées vers les pays de la périphérie de l'économie mondiale. Si « l'armée industrielle de réserve » existe toujours, c'est de moins en moins dans nos propres pays qu'on en trouve les légions. Simultanément, avec plus ou moins de détermination et d'efficacité selon les cas mais jamais de façon négligeable, les pays industriels se sont dotés de systèmes de protection sociale dont les plus catégories les pauvres peuvent, du moins de droit, bénéficier. Enfin, se sont développées des pathologies qui ne sont plus liées à des carences mais à des excès et des situations de pléthore.

11 Face à ces nouvelles réalités, le modèle sociologique et économique d'explication utilisé jusqu'alors pour expliquer les disparités et les inégalités a perdu beaucoup de sa pertinence. Émergèrent alors de nouvelles notions, plus souples mais aussi plus floues, en vue de désigner les populations défavorisées et de commencer à pointer les processus sociaux qui peuvent être à l'origine de leur situation : exclusion, marginalisation, « underclass ». Ainsi que Fassin l'a commenté (1996), elles utilisent une topologie sociale différente qui met moins l'accent sur la verticalité des inégalités et qui introduit dans le modèle explicatif le jeu de processus de différenciation horizontaux : en particulier ceux qui sont liés aux dynamiques d'intégration à l'œuvre au sein d'une même catégorie sociale. Certes, l'accès au travail demeure une clef de l'intégration économique et sociale mais, dans des systèmes qui, aujourd'hui, sont essentiellement caractérisés par la recherche de main-d'œuvre qualifiée, la logique qui conduisait naguère à la constitution, au sein des pays industriels eux-mêmes, d'une réserve de travailleurs manuels en quête d'emploi perd une grande partie de sa justification.

12 C'est désormais à une toute autre échelle que se déploient les mécanismes de division du travail. Au sein des sociétés développées, ce sont maintenant le type de formation (et pas seulement son niveau), l'ethnie, l'âge, le sexe, la plus ou moins grande adhésion à des modèles culturels dominants qui jouent le rôle principal dans l'intégration ou l'exclusion du marché du travail - et, par voie de conséquence, de l'intégration et de l'exclusion sociales. En même temps, de nouveaux cadres de référence et d'identification de nature communautaire se développent au sein des sociétés globales. Celles-ci voient ainsi se développer des espaces de marginalité - qui prennent parfois la forme de réseaux non localisés ou qui, parfois, sont physiquement circonscrits sur le territoire - espaces qui donnent naissance, en fonction de l'âge, des choix sexuels, de l'origine ethnique, des

modèles de vie, à une fragmentation sociale qu'on ne peut plus simplement considérer comme l'ombre projetée de la hiérarchie des classes sociales. Cette fragmentation trouve, elle aussi, des échos dans le champ de la santé. C'est ainsi que le sida a été récemment un révélateur particulièrement puissant de ces nouveaux clivages et des nouvelles formes de vulnérabilité qui se développent dans la société occidentale ; mais c'est tout aussi vrai de pathologies liées à l'alcoolisme, au tabagisme, aux comportements alimentaires.

13 Nul doute que les disparités sanitaires observées dans les nations qui sont aux commandes de l'économie mondiale gardent, en dernier ressort, des liens avec de grandes logiques d'ordre économique, mais les dynamiques qui sont à l'œuvre au sein de ce système de détermination très ample sont désormais extrêmement souples et diversifiées. Dans ce contexte, on a désormais besoin d'une articulation beaucoup plus fine entre les modèles épidémiologiques et les modèles sociaux : une articulation qui permette d'aller bien au-delà de la recherche de grands « facteurs de risque » mais qui donne la possibilité de considérer chaque personne à la fois comme membre d'entités de nature collective (société globale, groupes d'appartenance) dont les caractéristiques globales pèsent sur sa propre santé, mais aussi comme un acteur et un sujet qui se détermine et navigue entre ces différentes appartenances, négociant ainsi - générant parfois - les risques de santé auxquels il est exposé.

Les inégalités de santé dans les pays pauvres

14 Ces réflexions s'appliquent bien évidemment aux pays riches. Qu'en est-il dans le cas des pays dits « en développement » ? Les réalités économiques, sociales et écologiques y sont, bien entendu, fort différentes. Dans le contexte d'un marché international organisé principalement autour des intérêts d'un petit noyau de pays et de grands groupes transnationaux, se sont mis en place des processus d'externalisation qui ont rejeté vers la périphérie les mécanismes d'exploitation les plus violents, qui ne s'exercent pratiquement plus à l'intérieur même des pays industrialisés. C'est dans les pays d'Afrique, d'Amérique latine, d'Asie que l'on rencontre désormais le degré de misère physique et morale que l'on observait au XIX^{e} siècle parmi les populations rurales et urbaines les plus démunies d'Europe et des États-Unis. Cette réalité se reflète bien évidemment en terme de santé, comme en témoigne la comparaison entre les nations du monde menée sur la base des grands indices synthétiques comme : les taux de mortalité, l'espérance de vie, où les niveaux de prévalence des grandes pathologies (malnutrition, tuberculose, sida, etc). Les données fournies annuellement par l'OMS et la Banque Mondiale sont particulièrement illustratives à cet égard (OMS, 2000).

15 A l'échelle mondiale, les inégalités de santé demeurent une des manifestations les plus éclatantes des disparités sociales et économiques entre pays à l'échelle du globe. Elles donnent une représentation synthétique du fossé qui s'est creusé entre les plus riches et les plus pauvres au cours du siècle écoulé. Le comblement de ce fossé a constitué un objectif fondamental des grands programmes de santé lancés par l'Organisation Mondiale de la Santé - notamment le programme « Santé pour tous en l'an 2000 ». Le moins que l'on puisse dire c'est que le succès de ces initiatives a été limité. Les améliorations ont été ponctuelles et la situation s'est même aggravée dans certains parmi les pays les plus démunis. C'est le cas en particulier de la majorité des pays d'Afrique, où, aux effets de crises économiques, politiques et environnementales majeures, sont venues s'ajouter les

conséquences dramatiques de l'épidémie de sida (plus de 70 % des personnes atteintes par le VIH dans le monde se trouvent en Afrique sub-saharienne).

16 Dans les pays les plus pauvres de la planète, la misère est quasi générale et l'état de santé de l'ensemble de la population se traduit par des taux de mortalité et de morbidité désastreux (espérance de vie moyenne à la naissance : plus de 70 ans dans les pays du G7, 29 ans au Niger). La situation est beaucoup plus complexe et diversifiée dans les pays qui ont connu une croissance économique accélérée au cours des dernières décades : ceux que l'on dit « émergents ». La réalité sanitaire s'y révèle en quelque sorte dichotomique : même lorsque les indicateurs globaux témoignent d'une amélioration moyenne, cette évolution dissimule fréquemment une aggravation des inégalités internes de santé. Alors que les catégories sociales les plus aisées voient leur état de santé se rapprocher de celui que l'on constate dans les pays riches (amélioration des grands indicateurs, modification du profil de maladies), celui des classes sociales les plus pauvres demeure très mauvais, voire s'est aggravé.

17 L'exemple du Brésil est particulièrement illustratif à cet égard. Il montre la complexité des formes que présentent aujourd'hui les inégalités de santé dans un pays qui est passé, au cours du dernier demi-siècle, par des phases de croissance intenses. La comparaison de deux grands indicateurs est révélatrice de ce point de vue : alors que le Brésil occupe le 10ème rang mondial quant au niveau de son PIB, il se situe au 79ème rang du point de vue de l'Indice de Développement Humain - qui intègre dans son échelle de mesure des variables comme l'espérance de vie et le taux de scolarisation - ce qui le place derrière des pays beaucoup moins développés sur le plan économique. Bien que l'inégalité soit, de longue date, une des caractéristiques dominantes de la société brésilienne, elle s'est aggravée au cours du dernier demi-siècle, au fil d'un mouvement accéléré de croissance agricole et industrielle qui s'est accompagné d'un intense phénomène d'urbanisation et qui a été jalonné de plusieurs crises économiques graves. Ce phénomène est mis en évidence par des phénomènes comme l'évolution de la concentration des revenus. C'est ainsi la moitié la plus pauvre de la population brésilienne cumulait seulement 14 % du revenu national en 1980 et que cette proportion avait encore baissé en 1990, avec 12 %.

18 Ces disparités se traduisent spatialement aussi bien par le fait que la pauvreté tend à se concentrer dans les grandes métropoles que par le fossé qui se creuse entre le Nord et le Sud du pays : ainsi l'espérance de vie à la naissance est-elle de 62 ans dans l'État d'Alagoas et de 71 dans celui du Rio Grande do Sul. L'écart est encore plus marqué en ce qui concerne la mortalité infantile : 74 décès avant un an pour 1000 naissances dans l'Alagoas contre 19,6 dans celui du Rio Grande do Sul. De tels constats ont conduit Minayo (1995) à stigmatiser la dichotomie structurelle de la réalité brésilienne en proposant d'appliquer à ce pays l'appellation de « Belindia » : contraction de Belgique et Inde. Dans ce cadre général, les villes brésiliennes se détachent comme des espaces où les phénomènes d'inégalité atteignent leur plus grande intensité : là coexistent en effet les degrés les plus extrêmes tant de richesse que de pauvreté. Différentes études confirment l'ampleur des écarts observés. Par exemple, une recherche conduite à Porto Alegre dans les années 80 montrait que la mortalité infantile avant 1 an était de 163 décès pour 1000 enfants parmi les habitants des favelas, contre 12,6 parmi le reste de la population urbaine (Guimarães et Fischmann, 1986). Plusieurs autres études, conduites notamment à Salvador de Baia (Paim J. *et al.*, 1987) et à São Paulo (Stephen *et al.*, 1994) ont abouti à des constats similaires.

19 La situation de santé que l'on observe dans les pays en développement est marquée, on le voit, par un double clivage : d'une part celui qui divise les nations dans le cadre d'une partage inégal de la richesse au niveau mondial ; d'autre part, celui qui renvoie à l'existence de profondes disparités au sein même des pays en émergence. Face à ce constat, le premier mouvement consiste à chercher à résoudre le problème en s'attaquant à sa racine : c'est en luttant contre la pauvreté, en éradiquant les injustices sociales, en développant des infrastructures qui ouvrent l'accès de tous à la prévention et aux soins que l'on pourra éradiquer les inégalités de santé. Il est certes indispensable d'agir dans ce sens. C'est en effet l'esprit qui inspirait la grande campagne menée par l'OMS pour « la santé pour tous en l'an 2000 ». C'est également lui qui sous-tend les politiques de lutte contre la pauvreté menées par des organismes internationaux tels que la Banque Mondiale, l'UNICEF ou le FIDA (FIDA, 2001). C'est de lui, enfin, que se réclame la politique de protection sociale conduite par le Brésil : pays dans lequel le droit à la santé est désormais inscrit dans la constitution. Aussi légitime soit cette volonté de lier la lutte contre les inégalités de santé à la lutte contre les inégalités économiques, force est de reconnaître que les résultats obtenus jusqu'ici n'ont généralement pas été à la hauteur des espérances. On peut interpréter cette inertie en l'attribuant à l'insuffisance des investissements qui ont été faits pour améliorer la situation des plus démunis. Cela est certainement vrai. Mais, est-ce que cela rend entièrement compte des faiblesses et des biais dont souffrent les politiques publiques qui ont été adoptées ? On peut d'autant plus se poser la question que, nous l'avons vu, même dans les pays où le niveau et les conditions de vie se sont améliorés de façon considérable au cours du dernier demi-siècle, le problème des inégalités de santé est loin d'être totalement résolu. Il ne s'agit bien sûr pas de contester le caractère indispensable d'une action publique - appuyée par une mobilisation de l'aide internationale dans le cas des pays pauvres. Toutefois, l'interrogation que nous formulons ici est la suivante : cette action doit-elle uniquement être perçue comme une protection conçue d'en haut, sur la base d'un savoir « expert », et adressée à une population perçue comme usagère ou consommatrice des services qu'on lui apporte et comme « cible » d'une éducation destinée à combler son ignorance ou à redresser ses comportements néfastes. Dans un cas comme dans l'autre, on s'adresse à des êtres passifs, placés dans une position que ne se différencie pas vraiment de celle du patient dans une relation médecin/malade.

20 Nous suggérions plus haut que, face aux nouvelles formes que prennent les inégalités de santé dans les pays industriels, il était nécessaire de faire au contraire plus de place à l'intervention des acteurs sociaux, à leur positionnement comme sujets de leur propre existence. Cette flexibilité serait elle liée à la plus grande marge de manœuvre individuelle apportée par un niveau économique élevé ? Une observation fine de l'existence quotidienne de populations de pays en développement vivant dans des situations de grande pauvreté apporte le témoignage du contraire. C'est ce que nous allons montrer en nous appuyant sur le résultat de deux études conduites l'une au Niger et l'autre au Brésil.

Les pauvres aussi peuvent être acteurs de leur santé

21 Les données qui vont être évoquées ici sont issues de deux programmes de recherche conduits successivement, à dix ans d'intervalle (1984 et 1994), dans deux villes de taille similaire (environ 100.000 habitants), soumises à un taux de croissance démographique

très rapide, et marquées par des phénomènes de grande paupérisation. Leurs contextes historiques, culturels, sociaux et économiques sont très différents : l'une d'elles (Maradi) étant située au cœur de l'Afrique sahélienne (Niger) et l'autre (Paranaguá) étant associée à l'un des plus importants ports maritimes du Brésil. Les résultats de ces travaux ont fait l'objet de diverses publications : notamment, Raynaut, 1989 ; Raynaut, 1993, Nazareno 1999, Engels-Gerhardt, 2000.

22 Dans les deux cas, l'objectif était de mesurer l'impact de l'inégalité des conditions matérielles de vie sur l'état de santé des enfants et d'identifier les stratégies éventuellement mises en œuvre par le milieu familial pour tempérer l'impact d'un environnement hostile sur la santé de leur progéniture. L'une des variables observées était le statut nutritionnel. Les méthodologies appliquées dans les deux cas étaient comparables, reposant sur une démarche interdisciplinaire qui associait des mesures anthropométriques menées par des médecins épidémiologistes et des enquêtes et observations anthropologiques destinées à qualifier et mesurer les inégalités socio-économiques ainsi qu'à décrire les pratiques parentales concernant l'alimentation du foyer et, plus précisément, celle des enfants.

23 A Maradi comme à Paranaguá, les études épidémiologiques ont été conçues, dans leur phase initiale, de façon à tester une hypothèse tellement banale qu'elle paraissait relever d'une évidence rendant superflue sa mise à l'épreuve : celle d'une correspondance entre l'état de santé des enfants et le niveau économique des parents. Ces deux études ont apporté, cependant, des résultats paradoxaux. Dans les deux cas, si les disparités de santé étaient incontestables dans le cas de plusieurs pathologies - en particulier celles qui avaient un caractère infectieux et dont le traitement dépendait de l'accès à des soins nécessairement coûteux - c'était beaucoup moins vrai pour celles qui étaient liées à des pratiques d'hygiène et encore moins en ce qui concerne le statut nutritionnel. On arrivait à ce constat paradoxal que les enfants des franges misérables de la ville africaine ou des favelas de la ville brésilienne ne présentaient pas un état nutritionnel significativement plus mauvais que celui des catégories sociales aisées de ces deux villes (Raynaut, 1993, Nazareno, 1999). Il faut bien préciser, toutefois, que ce qui est en jeu dans ces comparaisons ce n'est pas l'état nutritionnel des enfants évalué dans l'absolu, mais bien la situation relative de cet état en fonction du niveau économique des parents, dans le contexte spécifique à chaque localité. En effet, globalement considéré, toutes catégories confondues, l'état nutritionnel moyen de l'ensemble des enfants sahéliens (observés durant une année de fort déficit vivrier dans le pays) était beaucoup plus préoccupant que celui des enfants de Paranaguá.

24 Des études anthropologiques ont été menées afin éclaircir les causes de ce faible écart entre riches et pauvres (Raynaut, 1993 ; Engels-Gerhardt, 2000). Elles ont mis en évidence le fait que, au Niger comme au Brésil, l'accès à la nourriture des familles pauvres s'opère dans le cadre de stratégies complexes qui reposent sur l'existence de réseaux élargis de circulation des biens et de la nourriture. Il faut ici distinguer les deux situations prises comme exemple car elles diffèrent tant sur le plan économique que social et culturel.

25 A Maradi, ville de grande homogénéité culturelle du fait de la composition de sa population massivement dominée par les membres de l'ethnie haoussa environnante, trois sources concourent à l'approvisionnement alimentaire de la famille : la cuisine du foyer, la « nourriture de rue », les plats circulant le long de réseaux non marchands d'échange (Raynaut, ibid.). Globalement considérées, elles contribuent à parts égales à l'alimentation des ménages mais, si l'on examine les choses dans le détail, on constate que

leurs proportions respectives varient selon le niveau économique des familles. Chez les plus modestes, l'achat de plats tout préparés et, surtout, les dons reçus de l'extérieur du foyer représentent la part la plus importante. Dans une culture qui se caractérise non seulement par l'importance des notions islamiques d'aumône mais aussi par une conception qui mesure la valeur sociale de la richesse matérielle à l'aune de la prodigalité de ceux qui la détiennent, ces circuits fonctionnent souvent comme des canaux de redistribution en provenance des plus riches et au bénéfice des plus pauvres. Toutefois, la signification des échanges de nourriture est loin de se limiter à une perspective utilitaire : les dons circulent aussi entre personnes de statut économique identique, même entre pauvres et ils se font, le plus souvent, sur une base qui est indépendante de la recherche d'une réponse à une situation de pénurie. Des réseaux féminins se constituent, basés sur le voisinage, la parenté et l'affinité, au sein desquels les plats préparés circulent au quotidien. On y participe avant tout pour s'affirmer socialement, s'intégrer dans la société urbaine, établir ou conforter son statut social. Il s'agit de pratiques institutionnalisées dont la fonction première est de créer du lien social. Ils ont cependant aussi une utilité pratique, qui se traduit notamment par le fait que, lorsque les mères participent activement à ces réseaux, leurs enfants présentent un statut nutritionnel meilleur que dans le cas où elles en sont plus éloignées. Des familles dans le besoin peuvent mener, vis à vis des réseaux d'échange a finalité sociale, des stratégies destinées à leur permettre bénéficier au mieux de la sécurité matérielle qu'ils peuvent apporter : cherchant à s'introduire dans ceux où des personnes aisées occupent une position dominante et utilisent les dons de nourriture pour asseoir leur prestige et se créer une clientèle d'obligés. Ce faisant, ces familles se livrent à un effort de positionnement individuel au sein d'une réalité de nature collective sur laquelle elles n'ont pas de prise directe : une conception culturelle de la richesse, des formes de langage social reposant sur la circulation de biens et de valeurs, une disparité dans la répartition des richesses au sein de la société locale.

26 Cette dimension de stratégies individuelles est encore plus apparente dans l'exemple brésilien (Engels-Gerhardt, op. cit.). Dans ce cas également, les familles pauvres cherchent des solutions à leurs problèmes alimentaires en mobilisant des ressources qui circulent par d'autres circuits que celui des échanges marchands. Elles le font avec un succès qui se manifeste dans l'état nutritionnel de leurs enfants. Néanmoins, elles n'ont pas à leur disposition des réseaux d'échanges aussi nettement institutionnalisés que ceux que l'on observe dans la société haoussa. Le don remplit certes dans la société locale les fonctions d'expression sociale qu'on lui retrouve dans la plupart des sociétés humaines, mais il ne constitue pas un instrument privilégié de circulation du sens. En revanche, dans une culture brésilienne fortement marquée par la diversité culturelle, la migration et le déracinement, les valeurs de solidarité et d'entre aide, les relations de protection et d'allégeance fonctionnent comme des modèles forts pour la construction d'un lien d'appartenance local. Elles sont toutefois indissociables de la forte valorisation de l'image du pionnier, de l'individu prêt à se battre pour forger son destin. Dans ce contexte, c'est une véritable démarche individuelle de « bricolage » qui préside à la création des réseaux de mobilisation de la nourriture : soutien familial, solidarité de voisinage, recherche de protection auprès de notables locaux, recours à des circuits institutionnels d'aide (organisations caritatives et/ou actions sociales municipales). S'agissant des enfants, et dans un contexte ou l'instabilité conjugale est très forte, ce sont essentiellement aux femmes qu'en revient l'initiative. Les configurations de recours qui se dessinent ainsi sont éminemment flexibles et changeantes : elles varient au gré des alliances éphémères

que l'on tisse autour de soi, des services que l'on aura su rendre pour attirer la bienveillance d'un puissant, des chemins que l'on aura su ouvrir pour bénéficier de l'aide des services sociaux, du dynamisme de l'église ou de la secte à laquelle on aura adhéré. Contrairement à ce qui se passe dans la culture haoussa, on n'est pas ici dans un contexte où des formes institutionnelles sociales stables ordonnent les relations interindividuelles et font médiation, fût-ce de façon partielle, entre le corps de la personne et son environnement matériel. En revanche, les stratégies d'acteurs deviennent des facteurs essentiels de recomposition du quotidien.

27 Ces deux études nous conduisent à interroger la notion de « conditions de vie », considérée dans les liens que celles-ci entretiennent avec les inégalités de santé : lien qui est à la base de bien des études épidémiologiques, nous l'avons vu.

28 En premier lieu, elles montrent que l'on doit manier avec prudence l'idée de la vulnérabilité ou des risques sanitaires qui pourraient être associés à un cadre d'existence matériel précaire. Même si une relation statistique entre conditions de vie et état de santé peut être établie par les outils l'épidémiologie, elle ne fonctionne jamais de façon mécanique ni directe. En témoigne le fait que, dans l'ensemble d'une population soumise aux mêmes conditions, ceux chez qui s'en manifeste l'impact physique ne constituent qu'une certaine proportion - souvent minoritaire. Cette relation est toujours médiatisée par une réalité sociale - faite de rapports symboliques et organisationnels - qui vient moduler l'influence exercée par l'environnement matériel.

29 En effet, ce dont témoignent les observations rapportées ici, c'est l'importance des stratégies d'acteurs dans l'élaboration du quotidien. Tout un chacun, dans son existence au jour le jour, se trouve confronté non seulement aux contraintes et aux ressources liées à son cadre de vie matériel mais aussi à celles qui trouvent origine dans son univers social : système de représentations et de valeurs transmis par l'éducation, formes d'organisation, rapports de pouvoir. Il est certes soumis aux exigences et aux limitations que lui impose cet environnement social et matériel, mais il n'en conserve pas moins une marge de manœuvre qui lui permet d'intervenir comme acteur de sa propre existence : réinterprétant les conditions de vie auxquelles il est soumis pour donner naissance à une « situation de vie » dont il est, pour une plus ou moins grande part selon les cas, l'auteur. Il élabore ainsi, au fil de son histoire personnelle, sa propre expérience de sujet - conscience à partir de laquelle se construit un regard distancié sur ce qui l'entoure, dans l'ordre de l'immatériel aussi bien que du matériel.

30 Cet effort pour exercer une prise sur l'existence peut se limiter à de simples stratégies individuelles de survie. Il peut revêtir aussi une dimension collective et prendre la forme de pratiques organisées : réseaux de solidarité informels, actions structurées de résistance ou de lutte. Dans tous les cas, il témoigne du fait que quelle que soit la force des clivages sociaux et économiques qui partagent une société, les plus démunis, loin de demeurer passifs, sont les premiers à s'engager dans la voie de recherche de solutions en utilisant tous les moyens qui sont à leur portée.

En matière de conclusion provisoire

31 Des réflexions formulées et des faits exposés ci-dessus, nous voudrions tirer brièvement deux éléments de conclusion concernant la façon d'aborder la question des inégalités de santé et de leur liaison avec les inégalités économiques.

32 En premier lieu, on voit que, pour prendre la juste mesure tant d'une réalité sociale que d'une situation de santé on ne peut se contenter d'une analyse qui se bornerait à travailler à partir de grands indicateurs descriptifs. Il faut descendre au niveau d'une observation fine des représentations et pratiques des populations concernées. C'est ici que l'Anthropologie peut offrir une démarche complémentaire de celles de l'Épidémiologie et de la Santé Publique, dont les outils n'autorisent qu'une catégorisation distante et statique du réel. Le concept de situation de vie, dans la mesure où il désigne la quotidienneté qui prend corps dans une négociation constante entre le singulier et le général, entre l'action individuelle et les contraintes collectives, entre l'exigence de penser le monde et l'inscription dans sa matérialité fournit un outil conceptuel et méthodologique pertinent pour appréhender dans ses dimensions vécues la relation mouvante et complexe qui s'établit entre les membres d'un système social et les conditions d'existence inégales qui leur sont faites au sein de celui-ci.

33 En second lieu, on peut penser qu'une politique publique de santé ne peut se centrer exclusivement sur l'offre de moyens et de services conçus à partir d'un savoir « expert ». Elle doit tenir compte des capacités de réponse et d'innovation dont témoigne - à un niveau individuel aussi bien que collectif - les populations dont elle veut promouvoir le mieux être. Cet appui aux initiatives et aux innovations locales est devenu aujourd'hui une des lignes de force de bien des projets de développement. Il est temps de prendre conscience du fait que cette perspective est tout aussi pertinente dans le champ de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

Aïach P., « Un syllogisme dévoyé : l'égalité devant la mort et la maladie ». *Agora : éthique, médecine, société*, vol. 13, 1990 : 5-10.

Aïach P., Carr-hill R. et al., *Les inégalités sociales en France et en Grande-Bretagne*, Paris : INSERM, La Documentation Française, 1987 (205 p.).

Chadwick E., *Report on the sanitary condition of labouring population of Great Britain*,(ed. or. London, 1842), Chicago, Adine Pub Co, 1945.

- Engels Gerhardt T., *Anthropologie et Santé Publique : approche interdisciplinaire. Pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá*, Paraná, Brésil, Thèse de doctorat en Anthropologie, - Université de Bordeaux 2, UMR 5036, Bordeaux, 2000.

Engels, *The Conditions of the Working Class in England*, réed. Chicago, Academy Chicago, 1984.

Fassin D., « Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux Etats-Unis et en Amérique latine », *Revue Française de Sociologie*, XXXVII, 1996 : 37-75.

Febvay M. et Aubenque A., « La mortalité par catégorie socio-professionnelle ». *Études et statistiques*, n° 3, 1957 : 39-44.

FIDA, *Rapport sur la pauvreté rurale*, 2001 (268 p.).

Guimarães J. J. et Fischmann A., » Desigualdades na mortalidade infantil entre favelados e não favelados no Município de Porto Alegre « , *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 65, n° 1, 1986 : 19-38.

Illsley R., » Les inégalités sociales de santé en Grande-Bretagne « , in : P. Aiach et R. Carr-Hill éds, op. cit., 1987 : 43-62

London J., The people of the Abyss, NewYork, Macmillan Co, 1903 (Version française : Le peuple de l'abîme, in : J. London, *Romans et récits autobiographiques*, Paris, Robert Lafont, 1988).

Minayo C. (org.), *Os Muitos Brasis. Saúde e população na década de 80*, São Paulo : HUCITEC, ABRASCO, 1995.

Morris J. N., » Inequalities in Health : ten years and little further on « , *Lancet*, n° 336, 1990 : 491-493.

Nazareno E., *Condições de vida e saúde infantil : Heterogeneidades espaciais e desigualdades sociais na cidade de Paranaguá*, Thèse de doctorat, Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente, Université Fédérale du Paraná, Curitiba, 1999.

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2000.

Paim J. S. et al., » Distribuição espacial da mortalidade infantil proporcional e certas variáveis socioeconômicas em Salvador, Bahia, Brasil « . *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 103, n° 2, 1987 : 113-122.

Raynaut Cl., » Disparités économiques et inégalités devant la santé « in G. Salem E. Jannée (éds.) *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde, Colloques et séminaires*, Paris, ORSTOM, 1989 : 477-503.

Raynaut Cl., » Se nourrir en ville : stratégies économiques et pratiques sociales (le cas de Maradi, Niger) « , in : Ch. Blanc-Pamard (éd.) *La santé en société. Regards et remèdes, Colloques et séminaires*, Paris, ORSTOM, 1993 : 141-198.

Stephen C. et al, *Environment and Health in developing countries : an analysis of intra-urban differentals using existing data in Accra (Ghana) and São Paulo (Brazil) and analysis of urban data of four demografic and health surveys,* London : London School of Hygiene and Tropical Medecine, Mimeo, 1994.

Surault P., » Les facteurs de différenciation sociale de la mortalité ", *Population, Espace, Sociétés*, n ° 3, 1984 : 131-140.

Townsend P., Davidson N., *Inequalities in Health. The Black Report*, London : Pinguins Books, 1982 (240 p.)

AUTEURS

CLAUDE RAYNAUT

CNRS/Université de Bordeaux 2, UMR 5036.

TATIANA ENGEL GERHARDT

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Chercheur associé de l'UMR 5036.

ELEUSIS R. NAZARENO

Universidade Federal do Paraná, Chercheur associé de UMR 5036.