

Éric Gagnon
Yolande Pelchat
Michèle Clément
Francine Saillant

Exclusions et inégalités sociales

Enjeux et défis de l'intervention publique



pul

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Collection

Sociétés, cultures et santé

Collection dirigée par Francine Saillant

Cette collection propose des ouvrages portant sur divers thèmes associés au large domaine de la santé, en mettant en valeur les apports des sciences sociales, en particulier de l'anthropologie, de la sociologie, de l'histoire et des sciences politiques. L'histoire et la transformation des systèmes de santé au Québec et en Occident et leurs enjeux, les systèmes de médecine traditionnelle, les mouvements sociaux et des droits des usagers, les professionnels, les questions éthiques et politiques, les problèmes particuliers des pays du Tiers-Monde sont autant de questions sur lesquelles cette collection s'ouvrira. Notre souhait est de permettre la compréhension des expériences individuelles et collectives liées à la santé et à la maladie, les cadres de gestion offerts aux populations aussi bien que les modèles de soins et d'accompagnement qui rejoignent les individus, tout cela dans leurs particularités et leur diversité.

EXCLUSIONS ET INÉGALITÉS SOCIALES

**Enjeux et défis
de l'intervention publique**

Page laissée blanche intentionnellement

Éric Gagnon
Yolande Pelchat
Michèle Clément
Francine Saillant

avec la collaboration de Samira Dahi, Roberson Édouard,
Béatrice Eysermann, Claudia Fuentes et Annick Thomassin

EXCLUSIONS ET INÉGALITÉS SOCIALES

.....

**Enjeux et défis
de l'intervention publique**

LES PRESSES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société d'aide au développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise de son Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIÉ) pour nos activités d'édition.

Mireille Bourque est une artiste active et audacieuse. Outre sa participation à *Vincent et moi*, elle s'implique aussi à l'*Atelier la Mezzanine* et à l'organisme *Quand l'art s'exprime*. Telle une grande exploratrice, elle enrichit son univers de nouveaux horizons et expérimente les médiums les plus diversifiés. Qui la découvre un jour, doit encore la découvrir la semaine suivante, tant elle est en mouvement. Pour Mireille, les moments de création sont semblables à une méditation où elle est attentive aux émotions qu'elle ressent en interaction avec le processus qui se déroule sur la toile. Douée d'une sensibilité des plus nobles qui alimente sa foi dans le genre humain, elle privilégie le thème des personnages qui lui permet de s'en rapprocher. S'instaure donc un dialogue qui lui permet de briser sa solitude et invite, en retour, le spectateur à une rencontre inusitée.

Programme Vincent et moi

Vincent et moi est un programme d'accompagnement en soutien aux artistes atteints de maladie mentale mis sur pied en mai 2001 au Centre hospitalier Robert-Giffard – Institut universitaire en santé mentale. *Vincent et moi* innove en mettant au premier plan la valeur artistique d'œuvres réalisées par des personnes qui, au-delà de la maladie, s'investissent dans un processus de création en arts visuels à l'égal de tout autre artiste. La principale mission du programme étant de faire connaître et reconnaître leur contribution artistique et culturelle, on favorise la diffusion de leurs œuvres, crée des événements et expose leurs créations.

Tél. : (418) 663-5321, poste 6440 – vincentetmoi@ssss.gouv.qc.ca – <http://www.rgiffard.qc.ca>

Illustration de la couverture : Mireille Bourque, *Évadés du trottoir*, acrylique sur toile, 2002.
Photographie : Simon Lecomte

Maquette de couverture et mise en pages : Mariette Montambault

ISBN 978-2-7637-8541-7

© Les Presses de l'Université Laval 2009
Tous droits réservés. Imprimé au Canada
Dépôt légal 4^e trimestre 2009

Les Presses de l'Université Laval
Pavillon Pollack, bureau 3103
2305, rue de l'Université
Université Laval, Québec
Canada, G1V 0A6

www.pulaval.com

Table des matières

Introduction

- La question de l'exclusion sociale : généalogie et enjeux . . . 1
Éric Gagnon et Francine Saillant

Chapitre 1

- Politique des droits et relation d'assistance.
L'exclusion sociale en France 29
Éric Gagnon et Béatrice Eysermann

Chapitre 2

- Combattre l'exclusion sociale en misant
sur l'égalité des chances. Le pari du New Labour. 69
Yolande Pelchat et Annick Thomassin

Chapitre 3

- L'exclusion au Brésil. L'incontournable Nation 101
Francine Saillant, Claudia Fuentes, Samira Dahi

Chapitre 4

- La justice sociale et ses exclusions.
Le cas de l'Organisation mondiale de la santé 141
Michèle Clément et Roberson Édouard

Conclusion

- Reconnaissance, redistribution et lutte à l'exclusion :
une invitation à l'exploration. 183
Yolande Pelchat et Michèle Clément

Page laissée blanche intentionnellement

Introduction

La question de l'exclusion sociale : généalogie et enjeux

Éric Gagnon et Francine Saillant

Les sociétés modernes sont traversées par une interrogation sur leur unité, leur capacité de former une communauté, de garantir à chacun une place ; une interrogation quant aux inégalités et aux divisions, derrière leur apparente unité ; une interrogation qui naît de leurs divisions qu'elles s'emploient en même temps à réduire. De ce qu'elles sont et de leurs maux, les sociétés se donnent une image, des représentations, tout un vocabulaire pour comprendre et surmonter tensions et divisions, un ensemble de mots phares ou d'idées-valeurs, indiquant le mal et suggérant un remède : solidarité, intégration, cohésion sociale, responsabilité, justice... Des mots qui ont ainsi fonction d'emblèmes, autant que d'analyse ; des mots liés à une histoire, à des institutions et à un imaginaire.

L'exclusion sociale est l'un de ces mots ou notions, qui ont connu ces dernières années un certain succès dans plusieurs pays industrialisés. Elle paraît qualifier la crise qu'ils traversent. Le diagnostic est sévère : malgré leurs richesses, leur haut taux de scolarisation et une multitude de programmes sociaux, ces sociétés connaissent un déficit d'intégration. Pire : malgré leur idéal d'égalité et de solidarité, de larges franges de leur population sont maintenues à la marge ou à l'écart du partage des

richesses. L'exclusion sociale est une notion polémique, et non simplement descriptive. On y a recours pour dénoncer une situation intolérable ou une condition injuste, la mise à l'écart de personnes et de groupes privés de leurs droits, de la sécurité, de l'accès à certains biens et d'une pleine participation à la société ; pour rappeler l'existence de frontières et de divisions dans une société qui prétend les abolir et rendre visibles des formes de domination et de violence. Elle est liée aux sociétés modernes qui entretiennent la promesse d'abolir les inégalités de statut, en leur enlevant leur caractère naturel ou nécessaire, tout en produisant de nouvelles inégalités et en maintenant d'anciennes exclusions ; d'un côté on dénonce la pauvreté et la marginalité comme des menaces à la cohésion sociale, de l'autre, on se refuse à reconnaître certaines discriminations ou le caractère inacceptable des inégalités. C'est de cette contradiction ou tension, et des débats qu'elle soulève, que naît l'interrogation sur les inégalités et qu'émerge la notion d'exclusion sociale qui se trouve mobilisée à des fins d'analyse et de critique sociale.

Cette notion n'est pas une catégorie d'analyse que manipulent les seuls chercheurs et analystes, en position de surplomb pour dévoiler une vérité que les autres ne savent apercevoir. Elle circule, fait l'objet de discussions, contribue à modifier les représentations et les politiques. Elle est reprise par les praticiens des sciences sociales, mais aussi par les décideurs politiques et les regroupements associatifs pour penser la société dans son ensemble, et par des intervenants et concepteurs de programmes sociaux pour décrire et comprendre les difficultés auxquelles ces programmes se heurtent. Ainsi, en 2002, l'Assemblée nationale du Québec adoptait à l'unanimité une *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Portée par un collectif formé de groupes communautaires, d'associations et de syndicats, qui a organisé des consultations, rédigé une première version et créé une large mobilisation en faveur de son adoption, cette loi est la seule en son genre en Amérique du Nord. Une certaine idée de l'exclusion sociale semble en avoir marqué l'orientation générale : loin de se limiter à un manque de ressources matérielles, la pauvreté y est définie comme l'absence des moyens et du pouvoir nécessaires à l'intégration et à la participation sociale et représente une

1. Le Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté. Le collectif a publié un ouvrage, intitulé *Tenir parole* (2008) dans lequel l'expérience est relatée.

contrainte pour la protection et le respect de la dignité humaine². Mais l'exclusion n'y est nulle part définie, et on comprend mal comment elle pourra alors être contrée. Ne serait-elle alors qu'une bannière brandie pour rappeler la mission de l'État ou les devoirs de solidarité, sans s'interroger plus avant sur les inégalités ou les actions de l'État ? Un vernis moral que l'on ajoute aux discours politiques, mais qui n'en modifie pas les orientations ?

Pourtant, parmi ceux qui ont travaillé à l'adoption de la loi québécoise, qui ont participé aux débats entourant sa préparation ou qui ont suivi sa mise en œuvre, nombreux s'interrogeaient et s'interrogent encore sur les multiples formes de mise à l'écart qu'entraîne la pauvreté, sur le mépris, la honte ou la révolte qu'elle génère, sur la manière de les nommer, de montrer leur caractère intolérable et de les contrer. Peut-on se contenter de décrire la pauvreté et la marginalité par « l'insatisfaction des besoins fondamentaux » ? Comment des individus peuvent-ils être officiellement reconnus comme des citoyens à part entière, sans avoir le sentiment de l'être véritablement parce qu'ils demeurent privés de l'accès à certains biens, échanges ou statuts ? La lutte contre l'exclusion sociale peut-elle alors se limiter à des mesures touchant la sécurité du revenu et l'accès à l'emploi ? À fournir aux individus des moyens d'assistance pour s'en sortir ? Au-delà d'une simple mesure quantitative des inégalités, comment retracer la genèse sociale de la pauvreté, la production sociale des différences et des statuts ? Ne faut-il pas chercher à rendre compte de l'expérience de la pauvreté, du rapport au monde, à soi et aux autres que produit la mise à l'écart, de la souffrance et de la violence physique et symbolique que le dénuement favorise ? Peut-on se limiter à décrire cette expérience sans faire référence aux rapports sociaux et économiques, aux divisions sociales et aux identités au sein de l'espace social et politique ? La notion d'exclusion le permet-elle³ ? Tout au long du processus qui a conduit à l'adoption de cette loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, plusieurs ont également rappelé l'importance d'écouter la voix de ceux

-
2. Sur la loi et le plan d'action québécois, voir les travaux de A. Noël (2002, 2005), de S. Morel (2003) et de P.-J. Ulysse (2007).
 3. R. Labonte écrit à ce sujet : « Social inclusion/exclusion is more interesting and dynamic than either social cohesion or social capital, for it is poised on the very contradiction evinced by all of these terms : how does one go about including individuals and groups in a set of structured social relationships responsible for excluding them in the first place ? Or, put another way, to what extent do efforts at social inclusion accommodate people to relative powerlessness rather than challenge the hierarchies that create it ? » (2004 : 117)

qui vivent dans le dénuement ou la marge, de ne pas les exclure de la parole, de l'analyse des situations d'exclusion et des décisions politiques. Le recours à la notion d'exclusion peut-il contribuer à sortir du silence ceux qui sont sans voix et à mobiliser des groupes contre les injustices ?

Ces préoccupations sont aussi celles des auteurs du présent ouvrage. S'interrogeant sur la signification et la pertinence de la notion d'exclusion sociale, ils se sont intéressés à la manière de nommer et de comprendre les multiples formes de mise à l'écart et d'inégalités sociales, et aux politiques visant à les contrer ou à les réduire. Ils ont entrepris une recherche sur les usages de la notion dans différents pays et organisations (Grande-Bretagne, Brésil, France, Organisation mondiale de la santé), sur la manière dont elle est conceptualisée et traduite dans des programmes et politiques, afin d'en dégager les enjeux, les potentialités et les pièges, et de renouveler la critique touchant les actions publiques en matière d'inégalités. Ils ont analysé différents usages et applications en les resituant dans le contexte politique et institutionnel dans lequel ils sont produits, afin de comprendre sur quelles représentations ou visions des problèmes et des inégalités ces usages et applications reposent, à quelles interrogations ou difficultés ils cherchent à répondre et dans quelles directions ils orientent les actions. C'est à la présentation des résultats de leur recherche et de leurs réflexions qu'est consacré le présent ouvrage.

GÉNÉALOGIE ET CRITIQUE D'UNE NOTION

Les interrogations et les préoccupations soulevées autour de l'adoption de la loi québécoise et de sa mise en œuvre témoignent de l'attrait que la notion d'exclusion sociale peut exercer, de ses potentialités et de son pouvoir de mobilisation, mais aussi de son ambiguïté et des difficultés qu'elle soulève. Ces interrogations ne sont pas nouvelles ; elles sont, pour une large part, héritées de travaux scientifiques et de débats politiques sur lesquels il faut brièvement revenir pour comprendre notre démarche et la manière dont elle s'inscrit dans ces débats.

Multiplés en effet sont les visages de l'exclusion : le fou aux propos insensés que l'on enferme à l'asile ; l'« étranger » aux mœurs étranges et aux intentions suspectes ; le mendiant, rebaptisé « sans abri », privé de ce qui fait d'un individu un citoyen ou simplement une personne : un toit, une occupation, un avenir ; le délinquant des banlieues françaises dont la socialisation est un échec et un défi ; le pauvre des bidonvilles des pays du Sud, refoulé aux marges de la cité ; et d'autres encore.

Ils sont tous, mais de différentes manières, *au dehors*, ou encore pas entièrement *au dedans*. Diverses sont aussi ses définitions, mais on peut les regrouper en deux grandes perspectives : l'exclusion comme altérité ou mise à l'écart, et l'exclusion comme insécurité ou fragilisation des liens sociaux.

L'exclusion comme altérité. La notion d'exclusion désigne en premier lieu à ces formes de retranchements de la communauté et de construction d'espaces distincts (ghettos, asiles), à ces statuts spéciaux imposés à des catégories spécifiques d'individus, qui les privent de droits ou de la participation à certaines activités (Castel, 1995a). La notion renvoie aux distinctions qu'une collectivité produit et à une frontière qu'elle trace autour d'elle afin de reconnaître ses membres et ceux qui n'en sont pas ; aux différences que les groupes, les classes sociales ou les communautés culturelles établissent entre eux afin de s'assurer de leur propre identité, de leur singularité, de leur supériorité ou de leur normalité. L'exclusion est la création d'une altérité, par la mise à distance ou l'attribution d'un statut social particulier à l'Autre différent. Si l'on peut dire que « faire société » représente un effort pour surmonter les écarts et les différences, pour lier des individus, des familles et des groupes (alliances, échanges et institutions communes) qui, autrement, demeureraient étrangers, cet effort ne se fait pas sans du même coup désigner une extériorité : ceux qui ne participent pas aux échanges ou ne s'identifient pas aux caractères qui définissent le groupe. Elle distingue les citoyens de plein droit des autres (étrangers, fous, inaptes, etc.) ; elle délimite des frontières et restreint la citoyenneté, établit des différences ; elle trace en elle-même des lignes de séparation et opère des regroupements (classes, ethnies, religions...), distingue les normaux des anormaux, ceux en qui on a confiance et ceux desquels on garde ses distances. Une collectivité semble avoir besoin de l'Autre pour exister symboliquement, le dominant du dominé, le riche du pauvre, le normal du fou. Ce que résume superbement Michel Foucault dans la première préface à son *Histoire de la folie à l'âge classique* [1961] : « On pourrait faire une histoire des *limites* – de ces gestes obscurs, nécessairement oubliés dès qu'accomplis, par lesquels une culture rejette quelque chose qui sera pour elle l'Extérieur ; et qui tout au long de son histoire, ce vide creusé, cet espace blanc par lequel elle s'isole la désigne autant que ses valeurs. » (2001, I : 189)

C'est l'existence de ce dehors, que les chercheurs en sciences sociales ont d'abord cherché à comprendre en recourant à la notion d'exclusion sociale (et à d'autres, apparentées : réclusion, marginalisa-

tion...). L'exclusion désigne l'instauration sociale de ce tracé ou de cet écart observables dans l'espace des villes (quartiers défavorisés), dans les lois (nationalité et immigration) ou les représentations (handicaps, modes de vie, races et ethnies). Elle est la production d'un statut social, mais aussi une expérience d'évitement, d'affronts, d'indifférence ou de comportements de déférence à l'égard de certains groupes, un rapport différent aux institutions pour certaines catégories d'individus. Elle est la construction d'une altérité sur la base de différences observables ou imaginées. Parler d'exclusion sociale, dans cette perspective, c'est ainsi chercher à mettre en évidence cette construction, à rendre visibles les distinctions et séparations qui traversent et ordonnent l'espace social et politique en fonction de la citoyenneté et des droits, de l'ethnicité ou de la race, de la normalité ou du sexe, et qui limitent l'accès à certaines places ou l'accès à la parole ; c'est analyser le fondement idéologique ou la légitimité des statuts, des hiérarchies et des identités qu'elles produisent, en contester souvent l'évidence et la nécessité ; c'est comprendre comment ces distinctions et représentations sociales organisent les rapports entre les individus et entre les groupes ; et enfin, c'est montrer comment l'identité et la position sociale occupée par un groupe est fonction des conduites des autres, et de l'image qu'ils se font de lui. Les angles d'analyse sont nombreux et divers, centrés sur l'analyse des savoirs et des institutions qui produisent et légitiment les différences (psychiatrie) et privent des individus de la capacité d'être des sujets à part entière⁴, sur les ségrégations spatiales et les formes institutionnalisées d'enfermement ou de confinement dans un espace particulier⁵, sur les modes d'interactions sociales et de contacts dans le quotidien (comportements dans la rue, comportements des intervenants sociaux, etc.) qui maintiennent à distance ceux qui ne sont pas reconnus comme faisant pleinement partie du groupe⁶, ou encore sur la production et l'intériorisation d'une identité négative, dévalorisante et stigmatisante pour les personnes reléguées à la marge et sur leurs stratégies pour y résister⁷.

4. Les travaux de Michel Foucault ont fait école.

5. L'étude de Goffman (1968) sur l'institution asilaire en est le meilleur exemple.

6. L'étude de N. Élias et J. L. Scotson (1997) sur les formes de discrimination exercées par un groupe sur un autre dans un quartier de Londres est exemplaire. Évitement, potinage et dénigrement permettent au premier groupe d'assurer à la fois sa cohésion, son identité (un « nous »), son sentiment de supériorité, son contrôle sur les institutions locales, et ainsi à maintenir sa position sociale relative. L'exclusion procure des avantages symboliques et économiques à ceux qui excluent.

7. Les études ici s'inscrivent largement dans le courant de la psychologie sociale (Jodelet, 1996) et de l'interactionnisme symbolique, où les travaux de Goffman (1963) ont eu une énorme influence (Anderson et Snow, 2001).

L'exclusion comme insécurité. Si la notion d'exclusion n'est pas d'invention récente dans les sciences sociales⁸ et plus largement dans la critique sociale, son usage connaît une certaine extension vers la fin des années 1980, en France tout particulièrement, mais aussi dans plusieurs pays européens et au Québec. Mais le changement ne se limite pas à une utilisation accrue du mot. En s'élargissant, la notion va changer de signification. Elle ne sert plus alors uniquement (ni principalement) à désigner les conduites et politiques de *mise à l'écart* ou de *mise au-dehors délibérée* de certains groupes et individus (expulsion, espaces clos, statut spécial), mais aussi les phénomènes d'*appauvrissement et de marginalisation* de larges segments de la population en raison de phénomènes sociaux et économiques, comme le chômage et l'immigration. Cette deuxième perspective renvoie à une forme de précarité ou à l'absence de sécurité que procurent un emploi ou un réseau de relations, et dont le défaut compromet l'insertion sociale, l'acquisition d'un statut et d'une identité stables et valorisants, ainsi que l'accès à un logement, aux services de santé ou aux biens de consommation. Elle n'est plus l'enfermement ou la mise à distance des étrangers ou des « étrangers », mais elle découle du chômage de longue durée, de la transformation et de la précarisation du travail, de la fragilisation des liens familiaux, de l'affaiblissement des mécanismes de protection sociale en raison des pressions exercées sur les États pour réduire leurs dépenses et favoriser la compétitivité des entreprises. À ces facteurs s'ajoutent les difficultés d'intégration des immigrants, le racisme, et dans certains pays les fantômes du passé (colonial ou ségrégationniste) qui contribuent au maintien de fortes inégalités et, comme c'est le cas en France, à la mise en cause du modèle d'intégration sociale⁹. L'exclusion ainsi comprise n'est plus tant la construction d'une altérité, que le produit des transformations de l'économie, que connaissent les sociétés industrialisées dans les dernières décennies du XX^e siècle. Elle est aussi le produit de l'affaiblissement des institutions qui assurent l'intégration sociale (travail, famille, école), laissant une partie de la population dans une situation précaire, à

8. Si la notion elle-même a surtout été utilisée dans les travaux de langue française, si Goffman parle d'*immate* (reclus ou interné, selon le contexte), Élias et Scotson d'*outsiders* (comme la sociologie américaine des groupes déviants) par exemple, il n'est pas abusif de regrouper ces recherches sous la notion d'exclusion sociale, comme phénomène de différenciation sociale et de mise à l'écart.

9. La remise en question touche jusqu'aux références symboliques sur lesquelles reposent les institutions, les grands mythes de la Nation et de la République (Schnapper, 2001) : l'identité nationale, les fondements de la citoyenneté (universalisme, laïcité), les formes de solidarité, les rapports du citoyen à l'État.

l'extérieur des échanges symboliques et matériels (les plus valorisés du moins). L'exclusion se présente comme l'aboutissement d'une série de ruptures et de pertes (emploi, logement, famille...) ou comme le cumul de plusieurs facteurs de vulnérabilité (handicap, décrochage scolaire, difficultés d'accès au logement ou à la santé, etc.). La loi québécoise visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale s'inscrit dans cette perspective¹⁰.

En s'élargissant ou en se déplaçant, la notion d'exclusion sociale a ainsi changé de signification. La question qui la sous-tend est moins celle de l'*altérité* (le même et le différent), que celle de l'*insécurité*, de la protection, des liens et des solidarités dont bénéficient les individus, et dont la perte entraîne progressivement le dénuement économique, l'isolement et la marginalisation sociale. De manière un peu schématique, on peut dire que l'on passe d'une analyse centrée sur l'imaginaire et les statuts, à une analyse centrée sur l'économie et le partage des richesses ; on se déplace aussi d'une analyse de la construction des « différences » vers une analyse de la pauvreté et de l'accès à l'emploi. En un sens, il y a inversion entre la première perspective sur l'exclusion (altérité) et la seconde (insécurité et précarité) : le problème n'est pas le tracé de frontières, mais plutôt le fait que ces dernières deviennent perméables. Les limites et interdits qu'imposent les institutions et le droit, et la protection qu'elles procurent, se sont affaiblies, c'est ce qui engendre l'exclusion. Non seulement de larges franges de la société se sentent exclues ou marginalisées en raison de la pauvreté et de l'isolement ou sont dans la crainte de basculer dans l'exclusion et la marginalité. Dans la seconde perspective, l'exclusion sociale est souvent définie par la négative ou le manque (perte de travail, manque de logement, sans papiers, peu d'estime de soi, perte de la dignité). Le rôle qu'elle joue dans l'interprétation du monde contemporain est lui aussi largement négatif : la notion met en évidence les insuffisances ou le caractère dépassé de certaines représentations des inégalités sociales,

10. Certaines analyses étendent l'application de la notion d'exclusion aux transformations de l'économie-monde, à la financiarisation de l'économie et à la libéralisation des marchés (la « mondialisation ») qui favorisent la précarisation du travail (au nom de la flexibilité et de la rentabilité), fragilisent les politiques de protection sociale et de redistribution de la richesse, accélèrent le mouvement ou le déplacement des individus (immigration), des biens et des emplois, et ébranlent les appartenances, dépossédant ainsi un nombre croissant d'individus de leurs moyens de survie, de leur statut social, de leur citoyenneté, d'une place dans le monde (Bauman, 2005). « Dommages collatéraux » du progrès ou « rebuts » de la production, les exclus sont abandonnés à la marge ou aux frontières (Bauman, 2006).

sans toujours proposer un modèle général d'intelligibilité du monde contemporain qui soit bien clair¹¹.

Quatre critiques. La seconde perspective, centrée sur la pauvreté et l'insécurité, n'a pas manqué de faire l'objet de critiques et de soulever des interrogations. Bien qu'elle contribue à mettre en évidence les conditions précaires d'existence des plus pauvres et des plus marginalisés, et malgré les efforts de clarification, la notion demeure ambiguë et relativement imprécise. C'est d'ailleurs la *première critique* que l'on adresse souvent à la notion : rassembler et confondre des situations très diversifiées, souvent hétérogènes, qui appellent à des explications, à des politiques et à des interventions différentes : l'immigration, le chômage de longue durée, le manque de logement, la toxicomanie, l'absence d'assurance pour couvrir les soins de santé, le racisme, etc. Une autre manière de formuler cette critique consiste à dire : de deux choses l'une, ou bien la notion désigne ceux qui n'ont véritablement aucun statut, les étrangers sans papiers, donc un très petit nombre de personnes et dans ce cas, elle ne permet pas de rendre compte de toutes les inégalités ou formes de marginalité ; ou bien elle désigne toutes les situations où les individus sont limités dans l'accès à un bien, à des échanges, à un statut, ou qui s'éloignent du modèle dominant d'intégration – ce qui risque d'inclure une très grande partie de la population – de les confondre et de faire apparaître leur situation comme équivalente. La notion perd alors sa force et son sens.

Une *seconde critique* adressée à la notion d'exclusion est l'image duale qu'elle véhicule, partageant ceux qui sont *au dedans* (les « inclus ») et ceux qui sont *au dehors* (les « exclus ») de la société, alors que personne n'est véritablement au-dehors, sans aucun lien d'attache à la société. En parlant des exclus comme d'un groupe, la notion d'exclusion finit par renvoyer à une situation, à un *état*, à une condition dans laquelle des individus sont placés, celle d'« exclu » ; elle tend ainsi à faire d'eux une catégorie sociale, ce qui implique un risque de stigmatisation, plutôt que de chercher à comprendre les processus et les dynamiques sociales

11. Le recours à la notion signe l'abandon d'une lecture des sociétés formulée à partir des notions de classes sociales, d'opposition entre les patrons et les ouvriers, entre les détenteurs de moyens de productions et les travailleurs et suggère une représentation de la société comme espace de participation (aux échanges, à la sociabilité, aux débats et aux décisions) duquel certains sont précisément exclus (Dumont, 1994).

qui produisent la pauvreté, la marginalisation, la violence et la souffrance¹².

Le risque est également d'individualiser les problèmes, et c'est la *troisième critique*. On ramène aux individus leurs difficultés d'insertion, leurs vulnérabilités, leur manque d'habileté ou de compétence, leur mauvaise socialisation. Ce sont des individus plus ou moins exposés à des « facteurs de risque », plus ou moins fragiles, plus ou moins protégés, plus ou moins adaptés, auxquels il faut offrir un soutien et un accompagnement, un soutien et des soins, cela afin de prévenir ou de compenser les ruptures ou la désocialisation. La notion contribuerait ainsi à la sanitarisisation des problèmes sociaux et à leur dépolitisation (Pelchat et coll., 2006). La lutte contre l'exclusion passe par des mesures d'assistance qui visent de plus en plus à soutenir les efforts de re-qualification des individus, afin de les aider à surmonter leurs « handicaps » sociaux et à sortir de la pauvreté. Le ciblage de plus en plus précis de populations « à problème » conduit en effet à la création de catégories de bénéficiaires (handicapés, familles à faibles ressources, chômeurs, jeunes en échec scolaire ou SDF). En échange de l'aide reçue, les individus doivent se « mobiliser », se « prendre en main », « surmonter leur sentiment d'incompétence » et se donner un projet, reprendre confiance en leurs moyens, infléchir le cours de leur vie et rattraper la moyenne.

On perd ainsi de vue les rapports sociaux inégalitaires en laissant en arrière-plan les personnes et les institutions qui excluent. Si certains usages récents de la notion d'exclusion mettent en évidence les phénomènes de fragilisation du soutien social, les conséquences du chômage et des transformations impersonnelles de l'économie, ils peuvent toutefois faire oublier les phénomènes que l'on désignait autrefois par d'autres termes que celui d'exclusion : éviction, évitement et mise à l'écart de ceux qui sont considérés comme différents, étranges et étrangers¹³. C'est la *quatrième critique* pouvant être faite à certains usages de la notion d'exclusion. Les deux grandes perspectives sur l'exclusion que nous avons précédemment dégagées (mise à l'écart et pauvreté ; altérité

12. La langue française entretient l'ambiguïté puisque le mot exclusion peut désigner à la fois un état et un processus. Pour un résumé de ces critiques voir Châtel et Soulet (2002), Renault (2008, p. 152 et sq.), McAll (2008) et Pelchat et Thomasson (2008).

13. « La théorisation de l'exclusion comme processus de désaffiliation sociale masque à la fois les logiques spatiales, juridiques, culturelles et, pour ce qui nous intéresse, narratives, d'une éviction, ainsi que les appartenances multiples qui se revendiquent en retour dans l'identité des « exclus » » (B. Mélini, J.-N. Pelen et J. Guilhaumou, cité par Renault, 2008 :157).

et insécurité) ne sont pas indépendantes. Elles sont d'ailleurs souvent confondues dans les analyses des chercheurs. Même dans les sociétés modernes qui se veulent égalitaires et inclusives, les phénomènes de mise à l'écart n'ont pas entièrement disparu, loin s'en faut. Que la mise à distance de certains groupes et individus ne puisse se faire trop ouvertement et que de multiples efforts soient déployés pour réduire les écarts, cela n'empêche pas l'édification des frontières, repérables dans les statistiques d'emploi ou dans la répartition géographique de la pauvreté. Racisme, peur, discriminations produisent encore diverses formes de séparation ou d'infériorité. Les études sur l'immigration ou les sans-abri montrent des phénomènes d'exclusion sociale, compris autant comme une mise à l'écart de certaines catégories de personnes, en raison de leur origine, de la couleur de leur peau, de leur culture, de leur « anormalité » (folie, itinérance), que comme le résultat de facteurs économiques et d'une suite de ruptures dans la trajectoire individuelle (chômage, immigration, etc.). En France notamment, la question de l'emploi n'est pas dissociable du passé colonial, des anciennes et des nouvelles formes de ségrégation. Au Québec, les comportements discriminatoires des employeurs et des propriétaires de logement à l'égard de certains groupes et les conduites racistes d'évitement ou de mépris, couplées à la précarisation de l'emploi, à la pauvreté et à l'isolement provoqués par l'immigration, contribuent à créer des frontières invisibles mais bien réelles au sein de la société. Cette appropriation des biens et des positions sociales par un groupe exclut des individus et d'autres groupes de la pleine citoyenneté en les privant d'un emploi, d'un logement décent, de l'accès à certaines activités (consommation, loisirs). Sur le plan symbolique, elle les prive de la reconnaissance comme citoyens à part entière (McAll, 1995)¹⁴. Les inégalités finissent par produire des fractures, des barrières au sein de la société, repérables dans l'espace : les plus pauvres se concentrent dans certains quartiers, que désertent les classes moyennes, désireuses de s'en distinguer, de s'en protéger et d'assurer à leurs enfants un autre avenir, tandis que les plus riches, dans leurs propres espaces, sont tournés « vers le monde » plutôt que vers leurs concitoyens. Un logique de *l'entre-soi* tranquillement s'impose (Donzelot, 2003), des

14. Voir également les travaux de Fassin et Morice (2001) sur les immigrants sans-papiers, ainsi que les travaux français sur les sans domicile fixe (SDF) dont il sera question dans le premier chapitre.

enclaves se forment, qui organisent les rapports sociaux, les échanges et les identités¹⁵.

Les théorisations et les débats sur l'exclusion sociale laissent ainsi ouvertes de nombreuses interrogations. Comment penser le fait que les individus demeurent « au-dedans » de la société, sans y participer entièrement ? Qu'est-ce qu'être un citoyen à part entière ? La réponse à l'exclusion passe-t-elle nécessairement par des mesures d'assistance ou des services pour compenser les déficits individuels ? Ces mesures permettent-elles de surmonter l'insécurité et redevenir le sujet de son existence ? Ne risquent-elles pas de maintenir une position de subordination, voire de créer des statuts ? Si la seconde perspective (pauvreté et précarité) apporte un éclairage sur les transformations de l'emploi et des protections sociales, ainsi que sur la redistribution des richesses, elle risque de faire perdre de vue les dimensions symboliques de l'exclusion, ces gestes qui refoulent ou maintiennent à la marge, mises en lumière par la première perspective ; en mettant l'accent sur les exclus et leurs « manques » ou sur les marges de la société, on risque également de ne plus voir le centre, les dynamiques de mises à l'écart et la manière dont les individus sont assignés à certaines places. La notion d'exclusion risque autant de masquer certains pans de la réalité que d'en dévoiler.

Par ailleurs, les analyses ne sont pas aisément transférables d'une société à une autre, ou d'un contexte à un autre. Les approches, les conceptualisations et les applications de la notion d'exclusion sont liées à un imaginaire social, à des représentations des problèmes sociaux et politiques, à une conjoncture économique, à un système de protection sociale et à la situation vécue par un groupe particulier (immigrants, sans abri...). En outre, les traductions en politiques et programmes d'assistance peuvent en modifier la signification et avoir des effets imprévus, comme celui, on vient de le voir, de réduire l'exclusion à des handicaps ou des ruptures individuelles. Les plus récentes théorisations et applications de la notion, par exemple, sont largement liées au contexte français¹⁶. L'analyse critique de la notion d'exclusion doit tenir

-
15. De l'exclusion, on peut dire ce que Simmel (1979 : 53) disait de l'étranger : « Les relations spatiales ne sont que la condition, d'une part, et le symbole, d'autre part, des relations humaines ». Que ce soit sur le plan de l'imaginaire et des représentations, des conduites, des institutions ou des conditions matérielles, l'exclusion sociale est un rapport social, et non la caractéristique d'un individu ou d'un groupe.
 16. Elle est liée à ce que J.-C. Barbier (2005 : 352) appelle « les systèmes normatifs complexes propres à chaque communauté politique ». Barbier a bien montré comment la notion de « précarité », difficilement traduisible du français à une autre langue, mais surtout diffi-

compte non seulement de la diversité des conceptualisations, mais des situations et des conditions dans lesquelles la notion est définie et utilisée, et des applications auxquelles elle donne lieu. Il faut donc reprendre ces questions et ces critiques, et élargir l'enquête en diversifiant l'examen des différents usages et conceptualisations dont la notion peut faire l'objet.

SITUER L'EXCLUSION ET PENSER LES ACTIONS PUBLIQUES SUR LA SANTÉ

Notre équipe a entrepris d'approfondir l'examen de la notion d'exclusion sociale en soumettant à la critique un certain nombre d'usages, de théorisation et d'applications, en les replaçant dans le contexte intellectuel, politique et institutionnel, contextes dont ils sont tributaires, afin de voir ce que ces mêmes usages et applications ont permis, tant sur le plan de l'analyse de situations, que de la traduction en politiques et en programmes d'intervention. Cet examen visait à nourrir la critique en faisant ressortir les limites, voire les pièges de certaines théorisations et applications, mais également les avenues intéressantes et les dimensions essentielles à prendre en compte dans la théorisation et sa traduction politique.

Amorcée en 2004, notre recherche a porté sur les usages de la notion d'exclusion sociale entre 1990 et 2005 dans quatre sites différents : trois États (France, Angleterre, Brésil) et une organisation supranationale, l'Organisation mondiale de la santé (l'OMS). Pour les trois premiers, ce sont des lieux où la notion d'exclusion sociale a fait l'objet à des degrés divers de discours et de politiques au cours des dernières années (France, Grande-Bretagne, Brésil). L'OMS a été incluse afin d'examiner quels usages on en a fait ou l'on pouvait en faire dans une perspective transnationale. En raison du leadership qu'elle exerce sur le plan international dans la lutte aux inégalités de santé et à l'exclusion sanitaire, dans une optique de justice sociale, l'organisation méritait un traitement tout aussi approfondi que les cas nationaux. Notre premier objectif était ainsi de repérer et d'analyser différents usages de la notion et leur traduction en politiques et programmes¹⁷.

lement exportable de la société française à une autre société, est liée à un système de protection sociale et à des normes générales sur ce qui est acceptable quant à la qualité d'un emploi, les exigences de flexibilité et les conditions de travail.

17. Sous la direction de Éric Gagnon, l'équipe était composée de : Monique Carrière, Michèle Clément, Maurice Lévesque, Michaël McCubbin, Yolande Pelchat et de Francine Saillant. Si les travaux de M. Carrière, M. Lévesque et M. McCubbin n'ont pu prendre place ici,

Notre démarche a été, au départ, largement inductive. Nous l'avons entreprise sans préjuger du sens que revêt la notion d'exclusion, sans non plus de cadre théorique commun et *a priori* pour analyser les débats, les décisions politiques et les dynamiques institutionnelles. Nous voulions laisser place à la découverte, en diversifiant les lieux et les expériences étudiées, en évitant d'aborder les usages de la notion comme s'ils relevaient d'une même théorie ou d'une même approche. Nous étions cependant guidés par les interrogations et critiques soulevées dans les débats sur l'exclusion sociale, et sur le plan méthodologique nous partagions un ensemble de questions, auxquelles nous avons cherché à répondre pour chacun des sites : 1) Sur le plan des représentations : sur quelles visions de la société et de ses divisions, de l'intégration sociale et de l'exclusion, des inclus et des exclus, du citoyen et de l'utilisateur reposent les politiques et les programmes de chacune des expériences étudiées ? 2) Sur le plan de l'application ou de la traduction politique de la notion d'exclusion : comment le discours scientifique, les politiques et les interventions sont-elles liées ? Comment l'analyse sociologique (ou de santé publique) touchant l'exclusion sociale se traduit-elle (ou non) en des politiques ou en des programmes ? Comment passe-t-on du concept à l'intervention, comment la théorie et les représentations débouchent-elles sur une pratique, ou à l'inverse, les pratiques sur une théorie ? Et comment les contextes national, politique et institutionnel permettent-ils de comprendre l'orientation donnée à ces programmes et politiques ? 3) En cours d'analyse, nous avons cherché à dégager des questions et des enjeux d'une portée plus large qui transcendent et traversent les différentes théorisations et applications de la notion. Dégager ces enjeux et les pièges que recèle la conceptualisation de l'exclusion était précisément notre deuxième objectif.

Il ne s'agit pas d'une recherche comparative au sens strict, examinant les différents sites sous le même angle, par rapport aux mêmes thèmes ou dimensions, mais plutôt d'une mise en parallèle des sites étudiés. Le destin de la notion d'exclusion sociale, on va le voir, est très différent d'un pays à l'autre, et la documentation est loin d'être homogène ou de même ampleur. L'exploration en parallèle de plusieurs sites

ces personnes ont contribué à la réflexion collective et nous les en remercions. Il nous faut également remercier les Institut de recherche en santé du Canada qui ont financé la recherche, ainsi que Daniel Béland, Serge Clément, Jaqueline Ferreira, Andrée Fortin, Frédéric Lesemann, Lionel Thelen et Valéry Ridde qui ont lu et commenté des versions préliminaires de nos chapitres.

permet cependant une mise en perspective, qui fait ressortir à la fois les particularités de chacun et les enjeux communs. Nous ne prétendons pas non plus avoir dressé pour chacun des sites un portrait d'ensemble aussi sommaire soit-il. Dans chaque cas, nous avons suivi un ou deux fils conducteurs, une ou deux questions qui nous ont paru à la fois significatifs localement et susceptibles d'intéresser les chercheurs d'autres pays par les difficultés ou dimensions qu'ils mettent en lumière. Nous avons retenu pour chaque site certaines politiques et certains programmes et débats les plus révélateurs d'enjeux importants touchant l'exclusion sociale¹⁸.

Dans chacun des sites, nous avons retenu un certain nombre d'applications et d'usages. Une interrogation sur les formes d'exclusion, sur les inégalités sociales et sur la justice est aujourd'hui indissociable d'une interrogation sur les politiques sociales. Aux inégalités sociales, comme aux « problèmes sociaux », les sociétés modernes répondent par des politiques sociales, des programmes d'aide et des services d'assistance. C'est la réponse habituelle dans les pays où l'État providence a connu un essor important, le Canada, la France ou la Grande-Bretagne, par exemple. La lutte contre l'exclusion, la pauvreté ou la marginalisation passe en effet par la mise en place de programmes sociaux, éducatifs et sanitaires pour en contrer les effets négatifs, aider les plus démunis, favoriser l'intégration de ceux qui sont à la marge. Ils conduisent au développement de modèles d'assistance, mais aussi de surveillance et de prévention, afin d'identifier, de mesurer et de comprendre les problèmes, de les prévenir et d'améliorer l'intervention. Portées par les États, des organisations internationales ou encore par des associations, des ONG et des groupes communautaires travaillant en collaboration plus ou moins étroite avec les services publics, ces interventions sociosanitaires visent d'abord à soulager la misère et la souffrance, mais également à favoriser l'intégration des personnes, leur sortie de la pauvreté, de la marginalité et de la dépendance. Par ces programmes et ces services, les États cherchent tout à la fois à réduire les inégalités et les exclusions et à assurer le bien-être des individus, à

18. Par ailleurs, notre équipe a organisé à l'automne 2006, un colloque sur les thèmes de l'exclusion sociale, de la justice et des politiques sociales, duquel est issu un premier ouvrage (Gagnon, Pelchat et Édouard, 2008). Les présentations, et les discussions qu'elles ont suscitées, nous ont permis d'aller plus loin dans notre compréhension des phénomènes d'exclusion. L'analyse d'autres contextes et d'autres usages a attiré notre attention sur des dimensions de l'exclusion différentes de celles que notre recherche avait d'abord mises en évidence.

favoriser leur participation à la vie collective, à prévenir les conflits et à maintenir l'ordre social. Toute réflexion sur l'exclusion sociale est indissociable des politiques sociales et des pratiques d'assistance, en raison de l'importance qu'elles ont prises dans les sociétés contemporaines.

Dans ces politiques, la santé occupe une place importante. Après la seconde guerre mondiale, dans de nombreux pays industrialisés, l'État a progressivement pris en charge une part importante des soins de santé, notamment par la création de programmes d'assurances collectives, mais également par la mise sur pied de programmes de prévention, d'éducation et de surveillance de la santé des populations, de services généraux ou destinés à des groupes spécifiques (démunis, sans-abri, familles à faible revenu, etc.). La santé et la maladie sont devenus l'un des principaux objectifs de l'intervention étatique, qui n'ont pas pour seul objectif de garantir à tous un mieux-être, de réduire les difficultés d'accès aux soins de certains groupes ou de minimiser les effets sur la santé induits par les situations de précarité, de marginalité, de pauvreté et d'exclusion. Par le truchement des services sociosanitaires, on procède à une certaine redistribution économique, on cherche à corriger en partie les inégalités de santé, et même à favoriser une meilleure intégration sociale¹⁹. Que ce soit pas l'entremise de la santé publique, qui fait de l'intégration sociale un déterminant de la santé, des politiques de désinstitutionnalisation, qui posent la question de l'intégration dans la « communauté » des personnes dépendantes ou marginalisées (personnes âgées, handicapées ou souffrant de problèmes de santé mentale), de la prise en charge par les populations des services et des programmes visant la santé (participation aux décisions et à la gestion des services, programmes de prévention et d'éducation, transfert des responsabilités de soins aux familles), ou encore de la place des services publics et de l'avenir des assurances collectives, qui soulèvent des questions d'équité dans l'accès aux soins, la question de l'exclusion et de l'intégration traverse l'ensemble du champ de la santé. Des services de santé, on attend qu'ils contribuent non seulement à la réduction des maladies, mais au maintien des solidarités, à la réduction des inégalités et des diverses formes de marginalité et même à la reconnaissance de droits. Les services font l'objet de revendications, car on voit dans leur acces-

19. « La santé, la maladie (...) se convertissent en un instrument de la socialisation des individus », écrit Foucault (2001, II : 42).

sibilité la reconnaissance de la citoyenneté des individus ou de leur humanité (étrangers, réfugiés), de la solidarité.

La santé et la maladie n'acquièrent pas cette importance en raison uniquement de la forte corrélation entre le statut socioéconomique et la santé²⁰. Au travers de la santé et de la maladie s'énonce et se joue la question de l'exclusion, tant sur le plan symbolique (représentations, statut) que matériel (pauvreté, accès aux biens et services). Santé et maladie sont l'inscription dans les corps (ou incorporation) de l'ordre social et de ses divisions, de la place qu'occupent les individus dans la société, et que révèlent les disparités dans les taux de morbidité et de mortalité et dans l'accès aux soins. L'expérience de la maladie, et le travail de soins sont également devenus des moments privilégiés d'approfondissement de la subjectivité, de retour sur soi et son parcours, et l'expression de la plainte et de la souffrance, une demande de considération, de dignité et de justice (Gagnon, 2005). La signification très large donnée aujourd'hui à la santé en est le reflet : davantage qu'un état de bien-être physique, mental et social, elle est la possibilité de participer à la vie sociale et d'y trouver sa place. La santé est devenue une mesure ou un indicateur de justice (la santé est le minimum auquel tous ont droit et les inégalités de santé sont le signe d'une injustice), la mesure des souffrances, de la violence et des indignités vécues par des individus et des groupes (évaluées en termes de mal-être, de pathologies, de syndromes et des services nécessaires pour les soigner, pour réparer l'histoire ou compenser les injustices). L'accès aux soins de santé est tout autant une question de reconnaissance que de redistribution des richesses. Non seulement les services de santé accaparent une part grandissante des ressources privées et publiques, ainsi que l'attention des gouvernements, mais ils contribuent à la définition des conduites normales, saines ou responsables, des situations intolérables ou injustes (Fassin, 1998). Cette importance accordée à la santé s'inscrit dans le phénomène de *sanitarisation* qui traverse les sociétés contemporaines, c'est-à-dire la traduction d'un nombre toujours croissant de réalités et de problèmes dans les termes sanitaires, comme une menace au bien-être physique ou mental des personnes, et nécessitant l'intervention de spécialistes afin de prévenir ou traiter les problèmes. Ce phénomène de sanitarisation se manifeste dans l'explication de phénomènes, et au premier chef

20. Les personnes les plus pauvres et plus basses dans la hiérarchie sociale sont davantage exposées à la maladie et aux accidents, elles ont une capacité moindre de se défendre contre les agressions et bénéficient d'un accès plus limité aux soins.

l'exclusion sociale, notamment par le recours au modèle épidémiologique des facteurs de risques pour la santé et le bien-être (Pelchat et coll., 2006). Enfin, pour les dirigeants politiques, leurs fonctionnaires et leurs électeurs, offrir des services est aussi une manière d'agir concrètement, avec des objectifs réalistes et mesurables, sur des phénomènes sur lesquels on a peu de prise (le chômage, par exemple), que l'on juge trop subjectifs (la souffrance) ou trop vastes (l'intégration sociale). Le politique se réfugie à l'hôpital, lieu d'affirmation de la solidarité.

Il ne s'agissait pas simplement pour notre équipe de vérifier si la notion d'exclusion sociale permet de dire mieux ou autrement les inégalités sociales et leurs effets sur la santé. Nous avons voulu surtout examiner les implications de passer par des interventions sur la santé pour réduire les inégalités et les exclusions sociales, les liens entre la mise sur pied de services adaptés aux personnes les plus pauvres et plus marginalisées et la manière dont les inégalités et les exclusions sont pensées et « traitées ». Les services centrés sur les « exclus » et les plus pauvres ne risquent-ils pas de faire perdre de vue les rapports sociaux et les mécanismes d'exclusion et ainsi de contribuer à reproduire les inégalités ? Cette question est importante pour penser les déterminants sociaux de la santé et les actions publiques en matière de santé. Un examen et une clarification de la notion d'exclusion permettent de contribuer au renouvellement de la réflexion et de l'analyse sur ces problèmes. Tel était notre troisième objectif.

ANALYSES ET ENJEUX

Les quatre chapitres qui composent cet ouvrage présentent les résultats de nos analyses. En France, la lutte à l'exclusion est plutôt centrée sur l'accès aux droits, comme le montre la première étude ; celle-ci s'appuie principalement sur l'expérience des centres de soins gratuits et des programmes destinés aux sans-abri et met en lumière les logiques d'exclusion qui traversent les pratiques d'assistance. La seconde étude porte sur la lutte à l'exclusion mise en œuvre par le New Labour. Centrée sur la politique britannique d'investissement dans l'enfance dont l'objectif est de réduire la transmission intergénérationnelle des désavantages et ainsi de prévenir l'exclusion sociale, l'analyse montre comment on fait l'impasse sur les rapports d'exclusion et on transforme les exclus en un groupe à risque. L'étude consacrée au Brésil montre comment l'exclusion sociale est dans ce pays étroitement liée à la question raciale et aux représentations de la nation, et quels sont les effets

des réformes du système de santé sur la lutte contre les inégalités. La dernière étude, consacrée à l'OMS, se penche sur les politiques de réduction des inégalités sociales de santé en assurant l'accès à tous aux soins de santé primaire, sur leur vision de la justice et leur incapacité de penser les rapports d'exclusion.

Par delà les particularités de chacune des situations étudiées, ces quatre études font ressortir quatre grands ensembles d'enjeux, autour des questions de la relation d'assistance, de la citoyenneté, du sujet et de la justice sociale, dont la prise en compte permet d'intégrer et de dépasser les critiques formulées à l'endroit de la notion d'exclusion. Il n'est pas inutile d'en donner ici un premier aperçu.

La relation d'assistance. Les politiques de lutte à l'exclusion par l'offre de services ouvrent directement sur la relation d'assistance. Offrir des services d'assistance est en effet la réponse habituelle des États aux inégalités et aux diverses formes d'exclusions sociales. Au nom de la justice ou d'une certaine compassion, et souvent dans l'urgence, sont mis sur pied des programmes spécifiques destinés aux plus marginalisés. Ces interventions produisent des clientèles auxquelles elles vont offrir de l'aide, des droits et des services, et du même coup des statuts et des groupes, autour d'un trait ou d'une dimension de l'expérience (handicap, pauvreté, maladie), qui devient un trait saillant de l'identité des individus. L'exclusion sociale cesse dans ce cas de se présenter comme une catégorie d'analyse des rapports sociaux, pour devenir une catégorie sociale et administrative, un groupe d'individus faisant l'objet d'interventions et d'une certaine sanitarisation. Dans leur étude consacrée à la France (chapitre 1), Éric Gagnon et Béatrice Eysermann en donnent une illustration. Yolande Pelchat et Annick Thomassin en fournissent un autre exemple dans leur analyse de politiques et des programmes britanniques (chapitre 2). Même des programmes universels d'abord destinés à l'ensemble de la population finissent par devenir des services pour les plus démunis, comme le montre le cas du Brésil (chapitre 3), et les politiques de l'OMS analysé par Michèle Clément et Roberson Édouard, le minimum dont les plus pauvres doivent se satisfaire (chapitre 4).

L'assistance est une relation de subordination, et non de réciprocité. S'y attache un sentiment de honte et de disqualification, parfois de stigmatisation lorsque c'est à l'ensemble d'une communauté ou d'un groupe qu'est associée la condition d'assisté et de dépendant. La pauvreté, soutenait Simmel (1998), se définit par l'assistance : est pauvre

celui qui reçoit ou devrait recevoir une assistance, c'est un statut social. Le statut d'assisté est-il pour autant une forme d'exclusion ? N'opère-t-on pas une sorte d'exclusion par l'inclusion²¹ ?

La citoyenneté et les identités. L'exclusion est la production d'une différence. Des individus et des groupes sont retranchés d'un espace ou d'un groupe ; ils ne sont pas reconnus comme faisant pleinement partie de la nation, de la communauté, d'un quartier ou d'un travail, et sont privés des droits, des ressources et des possibilités que confère l'appartenance à ces espaces sociaux. Ils sont exclus de la citoyenneté juridique et de la nation, comme l'étranger sans papiers, ou ils en font officiellement partie, mais ne bénéficient pas dans les faits des mêmes droits en raison de leur origine, de leur handicap, de la couleur de leur peau, de leur étrangeté au regard des autres, comme le montre le cas des sans-abri en France, examiné par Éric Gagnon et Béatrice Eysermann (chapitre 1). L'exclusion est la production d'une altérité. Ce sont des humains, mais non des concitoyens, ou lorsque la citoyenneté leur est reconnue, ils n'appartiennent pas à la même classe, n'ont pas accès à certains biens ou ils ne sont pas les bienvenus dans le voisinage. Sans être au-dehors de la société, ils sont exclus de certains lieux, de biens, d'échanges et d'interactions (McAll, 2008). Une certaine représentation de la Nation confère une identité commune en faisant oublier les injustices passées et les disparités présentes, tout comme un système universel conduit à reproduire les inégalités présentes. C'est ce que montrent Francine Saillant et ses collaborateurs dans leur étude consacrée au Brésil (chapitre 3).

La question de la citoyenneté nous ramène à la relation d'assistance. L'aide et les services permettent-ils le plein accès à la citoyenneté ? Favorisent-ils la reconnaissance de la pleine citoyenneté ou l'appartenance au groupe ou contribuent-ils à maintenir les individus dans une situation ou un statut inférieur ? Visent-ils à compenser, à corriger les inégalités, permettent-ils l'accès à tous aux biens, échanges et statuts, ou demeurent-ils un moyen de réduire les difficultés de ceux qui sont à la marge ? La question est soulevée dans le chapitre consacré aux politiques britanniques (chapitre 2).

21. On trouvera un grand nombre d'exemples de ce type de phénomène d'exclusion au sein même d'une politique ou d'un programme visant l'inclusion dans notre précédent ouvrage (Gagnon, Pelchat et Roberson, 2008) à propos des personnes immigrantes, des autochtones, des sans-abri, notamment. On en découvrira d'autres dans les pages qui suivent.

Le sujet. La relation d'assistance et la citoyenneté soulèvent la question du sujet, autour de laquelle se posent d'autres enjeux. La question du sujet renvoie non seulement à la capacité des individus de faire connaître leurs besoins, mais également à celle de participer aux discussions touchant les priorités et le mode d'organisation des services, leur capacité de se réappropriier leur histoire et leur existence, d'exercer un plus grand contrôle de leur destin, non seulement par revendication de leurs droits, mais en changeant la représentation et la compréhension de leur condition et en participant aux décisions et actions pour la modifier. La question du sujet est celle des moyens et de la sécurité (matérielle et identitaire) dont l'individu a besoin pour être autonome et pour pouvoir faire des choix²². L'enjeu est ici de trouver le moyen d'assurer une sécurité et une protection aux individus qui favorisent leur pleine participation à la vie sociale plutôt qu'elles ne les infériorisent et les marginalisent, qui leur permettent de disposer des appuis, du soutien et des attaches (matérielles, symboliques et affectives) pour faire des choix, changer leur condition et l'image de soi, participer aux échanges, sans que la responsabilité repose entièrement sur leurs épaules. La question n'est pas uniquement celle du volume de services et de leur accessibilité, mais des conditions que les individus doivent satisfaire pour recevoir l'aide (statut juridique, comportements, démarches à entreprendre, etc.). Elle pose aussi celle de la nature de ces soins, de leur capacité à accroître la confiance des individus envers les autres et eux-mêmes, et à renforcer les solidarités, ou, au contraire, à augmenter leur dépendance et le contrôle social et leur marginalisation (Lamoureux, 2008).

La question du sujet est également centrale dans l'assistance qui, dans une option d'insertion, exige d'avoir un projet, de raconter son histoire et d'évaluer ses moyens, en échange d'un appui, d'une aide immédiate, de l'accès à un programme ou de la reconnaissance de ses droits. C'est un préalable à la citoyenneté aujourd'hui : devoir se mettre à nu, s'exposer au regard et au jugement des autres, en dévoilant sa vie, ses souffrances, sans rien pouvoir dissimuler (Castel, 1995b, Astier, 1995, Fassin, 2000). Mais quelle prise le sujet conserve-t-il ou reprend-il ainsi sur sa vie ? Dévoiler sa fragilité et avouer sa dépendance pour obtenir de l'aide en vue de retrouver son autonomie ? Et à quelle parole ce sujet a-t-il droit, s'il n'en définit pas les conditions et s'il en maîtrise mal les

22. Sur les liens entre la protection sociale et l'autonomie se rejoignent des auteurs comme Z. Bauman, A. Sen, R. Castel, A. Supiot et A. Giddens.

règles ? Est-il véritablement maître de son récit, de sa biographie et de ses projets ?

La lutte contre l'exclusion ne doit pas nécessairement signifier l'abolition de toutes les différences, ni l'espoir d'une totale intégration, la poursuite par tous des mêmes aspirations et des mêmes désirs ; l'« inclusion » n'est pas l'uniformisation et le conformisme, mais l'accès aux échanges et à la parole et, à moins de les couvrir d'un voile idéologique, l'acceptation des désaccords et des divisions, sans lesquels la réflexion et l'autonomie ne sont pas possibles, comme le montrent, sur le plan politique, les études sur la Grande-Bretagne (chapitre 2) et le Brésil (chapitre 3), et sur le plan des interactions dans l'application des programmes de lutte à l'exclusion, l'étude sur la France (chapitre 1).

La justice sociale. Les enjeux relatifs aux questions de l'assistance, de la citoyenneté et du sujet conduiront à celle plus générale de la justice : comment assurer la sécurité économique, physique, psychologique et ontologique nécessaire pour qu'un individu puisse pleinement exercer ses droits et être reconnu comme membre à part entière de la collectivité ? Comment lever les frontières et défaire les représentations qui retranchent ou tiennent à l'écart des individus et des groupes, les privant de l'accès à certaines activités, à certains droits, à certains statuts, pour les reconnaître comme des semblables égaux en droits et en dignité ? Parler d'exclusion sociale, c'est en effet poser la question de la justice, c'est-à-dire de la place accordée à chacun dans une collectivité, et des principes et représentations qui justifient cette place, son accès à certains biens ou services, les droits qui lui sont ou non reconnus. Cette question est étroitement liée à la citoyenneté juridique (les droits reconnus et garantis par l'État), mais elle la déborde largement. La justice sociale est d'abord une question de reconnaissance de l'Autre comme un semblable et un concitoyen. Elle demande de nommer ces altérités socialement produites, de raconter leur genèse, de soumettre à l'examen leurs justifications et de mesurer leurs effets, sans pour autant les réifier, dans un difficile équilibre entre d'un côté la valorisation et l'accueil de la différence, et de l'autre la critique de leur caractère arbitraire et violent, comme le défend l'étude sur le Brésil (chapitre 3). Recourir à la notion d'exclusion sociale, c'est donc interroger les fondements de la justice dans une collectivité et prendre position sur cette question.

La justice ne se limite cependant pas à la reconnaissance. À celle-ci se greffe la question de la redistribution et du partage des richesses afin de réduire les inégalités économiques et la pauvreté (Fraser,

2005). Si elle est symbolique, l'exclusion est aussi matérielle. La pleine citoyenneté, la pleine participation à la vie sociale, exige un accès à des biens, un travail, un logement, autrement les individus demeurent au-dehors des cercles d'échanges et de la sociabilité ; ils demeurent privés de statut et, dans le grand dénuement, de dignité. La justice passe par une position sociale et des conditions matérielles d'existence qui permettent à l'individu d'avoir une identité positive, de surmonter ses difficultés, d'avoir des projets, un à-venir, de faire des choix (Sen, 1999), d'exercer la capacité d'agir comme pair, d'avoir les mêmes possibilités que les autres. L'accès à des services ce n'est donc pas seulement augmenter ses chances de guérison, c'est obtenir un certain statut, la reconnaissance à la fois de sa situation, de ses difficultés et de ses droits, et l'obtention de moyens pour surmonter et améliorer sa condition (une bonne santé, un soutien, une dignité). Les soins représentent un droit, ils sont autant un moyen de reconnaissance que de redistribution des biens et des richesses, symboles d'équité et de justice. L'enjeu est politique²³ : comment arbitrer les demandes ? Sur quels principes et selon quelles modalités, les politiques sociales, et plus spécifiquement les politiques de santé, vont-elles désormais reposer ? Sur quelles bases vont-elles assurer une distribution équitable des biens et services, garantir les droits et libertés, reconnaître ou non la légitimité des revendications et demandes ? Si le fait de recevoir des services implique une certaine reconnaissance, cela suffit-il à réduire les exclusions et les inégalités ? Offrir plus de services peut donner l'impression de contribuer à une plus grande justice, une meilleure répartition des richesses, alors que les mécanismes d'exclusion perdurent et les inégalités demeurent entières. Les services font alors écran, comme le montrent Michèle Clément et Roberson Édouard dans leur étude consacrée à l'OMS (chapitre 4). L'exclusion sociale se réduit à l'« exclusion sanitaire » ou à l'exclusion des services, et on perd de vue les autres formes d'exclusion qui continuent d'agir, parfois même au sein des programmes et services, comme l'illustre l'étude sur la France (chapitre 1).

* * *

Ces questions et les enjeux qu'elles soulèvent peuvent aider à répondre aux interrogations et critiques soulevées à l'endroit de la notion

23. Et pas uniquement financier (capacité matérielle de répondre aux demandes et financement de la protection sociale).

d'exclusion sociale et à éviter les pièges dans lesquels certains usages récents de la notion sont parfois tombés. Ils nous invitent d'abord à penser la diversité des formes d'exclusion, les privations de droits, les mises à l'écart et le déni de parité. Il n'y a pas un seul processus d'exclusion (non plus qu'un seul groupe formé de tous les « exclus »), comme il n'y a pas d'intégration dans l'absolu, mais des processus d'exclusion et de marginalisation, donc des rapports sociaux, dont il faut suivre l'évolution historique et les variations selon les sociétés. Ces questions et ces enjeux nous invitent également à penser l'exclusion dans la société, comme l'accès inégal à des espaces sociaux d'échange et de sociabilité ou comme un *déni de parité de participation* (Fraser, 2005), producteur d'identités et de statuts, que la relation d'assistance et les politiques contribuent parfois à reproduire. Des individus sont ainsi *dans* la société, sans être entièrement *de* la société, pour reprendre la formule de Merton²⁴. Ces enjeux aident à comprendre comment la notion d'exclusion finit par désigner un groupe, et non plus un rapport social, et leur prise en compte nous met en garde contre une individualisation des problèmes en nous centrant sur les rapports sociaux (reconnaissance, identité, assistance), tout en faisant une place à la subjectivité, à l'autonomie et à la diversité des manières d'être au monde et de participer à la vie en société (être sujet). Ils obligent enfin à penser ensemble sans les confondre, les exclusions économiques et les exclusions statutaires, l'insécurité et l'altérité, et invitent ainsi à penser la justice comme l'articulation d'une politique de redistribution et d'une politique de reconnaissance, auxquelles correspondent les deux grandes perspectives sur l'exclusion sociale distinguées plus haut (statutaire et économique ; altérité/insécurité).

Les quatre études qui suivent nous aideront, du moins nous l'espérons, à avancer dans cette direction. En conclusion Yolande Pelchat et Michèle Clément reviennent sur question et ces enjeux pour proposer une conceptualisation de l'exclusion permettant de surmonter les difficultés et apories auxquelles elle a jusqu'ici conduit ; une conceptualisation permettant à la fois de rendre compte des particularités de chaque contexte politique et institutionnel, tout en indiquant ce que les

24. La notion d'exclusion ne conduit pas nécessairement à une vision duale de la société. « Parler de l'inégalité sociale en termes d'exclusion, c'est en effet adopter un point de vue qui ne concerne pas simplement les structures du social, mais aussi les effets qu'elles ont sur les individus. Plus précisément, c'est placer au centre de l'attention un individu décalé par rapport aux formes ordinaires de la socialisation, rejeté hors du monde où ses besoins fondamentaux seraient susceptibles d'être satisfaits. » (Renault, 2008, p. 152.)

différentes situations ont en commun. L'exclusion sociale est une notion dont la théorie demeure largement à faire. Ajoutant notre voix au débat, nous avons ainsi cherché à opérer des déplacements, à contribuer à faire bouger les questions ; non pas à dire *la* vérité sur l'exclusion sociale, à proposer une théorie générale unifiée ou à faire la somme des connaissances établies (par un inventaire trompeur et illusoire des déterminants et des pratiques efficaces), mais à en clarifier les enjeux, les formes de rapports sociaux que les politiques et programmes sociaux contribuent à produire, à défaire ou à renforcer, parfois délibérément ou souvent sans trop (vouloir) s'en apercevoir. Nous voulions de même relancer le débat sur le type de société ou de rapports sociaux que ces politiques et programmes peuvent favoriser. « Tous les concepts politiques sont 'essentiellement contestés' au sens où différentes alternatives politiques au sein desquelles ils peuvent être mobilisés s'inscrivent en eux », écrit Emmanuel Renault (2008 : 95). Il en est ainsi de l'exclusion sociale qui peut servir différentes politiques, tout comme son oubli peut en servir d'autres. C'est à ce travail critique que le présent ouvrage entend apporter une contribution.

RÉFÉRENCES

- Anderson, L. et D. A. Snow (2001), « Inequality and the Self. Exploring Connections from a Interactionist Perspective », *Symbolic Interaction*, vol. 24, n° 4, p. 395-406.
- Astier, I. (1995), « Du récit privé au récit civil : la construction de la nouvelle dignité ? » *Lien social et Politiques*, n° 34, p. 121-130.
- Barbier, J.-C. (2005), « La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale », *Revue française de sociologie*, vol. 46, n° 2, p. 351-371.
- Bauman, Z. (2005), « Les usages de la peur dans la mondialisation », *Esprit*, juillet, p. 71-98.
- Bauman, Z. (2006 [2004]), *Vies perdues. La modernité et ses exclus*, Paris, Payot.
- Castel, R. (1995a), « Les pièges de l'exclusion », *Lien social et Politiques*, n° 34, automne, p. 13-21.
- Castel, R. (1995b), *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.
- Châtel, V. et M.-H. Soulet (2002), « L'exclusion, la vitalité d'une thématique usée », *Sociologie et sociétés*, vol. XXXIII, n° 2, p. 175-202.
- Collectif pour un Québec sans pauvreté (2008), *Tenir parole ! Trajectoires et paroles citoyennes autour d'une affiche*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Donzelot, J. (avec C. Mével et A. Wyvekens) (2003), *Faire société. La politique de la Ville aux États-Unis et en France*, Paris, Seuil.
- Dumont, F. (1994), « Approche des problèmes sociaux », dans F. Dumont, Y. Martin et S. Langlois (dir.), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, IQRC, p.1-22.

- Élias, N. et J. L. Scotson (1997), *Logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard (traduction de *The Established and the Outsiders*, 1965-1976).
- Fassin, D. (1998), « Politique des corps et gouvernement des villes », dans D. Fassin (dir.) *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, p. 7-46.
- Fassin, D. (2000), « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales HSS*, n° 5, p. 953-981.
- Fassin, D. et A. Morice (2001), « Les épreuves de l'irrégularité : les sans-papiers, entre déni d'existence et reconquête d'un statut », dans D. Schnapper (dir.) *Exclusions au cœur de la Cité*, Paris, Anthropos, p. 261-309.
- Foucault, M. (2001), *Dits et écrits*, 2 tomes, Paris, Gallimard, « Quarto ».
- Frazer, N. (2005), *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, La Découverte.
- Gagnon, É., Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) (2008), *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Gagnon, É. (2005), « Figures de la plainte : la douleur, la souffrance et la considération », *Médecine/Sciences*, vol. 21, n° 6-7 (juin-juillet), p. 648-651.
- Goffman, E. (1963), *Stigma*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Goffman, E. (1968 [1961]), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit.
- Jodelet, D. (1996), « Les processus psycho-sociaux de l'exclusion », dans S. Paugam (dir.), *L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte.
- Labonte, R. (2004), « Social inclusion/exclusion : dancing the dialectic », *Health Promotion International*, vol. 19, n° 1, p. 115-121.
- Lamoureux, J. (2008), « Paroles dérangeantes, scènes inédites, subversion égalitaire. Réflexions sur la subjectivation politique », dans Louise Blais (dir.) *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 213-240.
- McAll, C. (1995), « Les murs de la cité : territoires d'exclusion et espaces de citoyenneté », *Lien social et Politiques*, n° 34, p. 81-92.
- McAll, C. (2008), « Au cœur des inégalités sociales de santé. L'exclusion et l'inclusion comme rapports », dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 15-26.
- Morel, S. (2003), « La France et le Québec : des logiques de réciprocité semblables entre l'État et les pauvres ? », *Santé, société et solidarité*, n°1, p. 55-68.
- Noël, A. (2002), « Une loi contre la pauvreté : la nouvelle approche québécoise de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale », *Lien social et Politiques*, n° 48, p.103-114.
- Noël, A. (2005), « Lutte contre la pauvreté ou lutte contre les pauvres ? », dans Michel Venne (dir.) *L'annuaire du Québec 2005*, Montréal, Fides, p. 504-523.

- Pelchat, Y., E. Gagnon et A. Thomassin (2006), « Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale », *Lien social et Politiques*, n° 55, p. 55-66.
- Pelchat, Y. et A. Thomassin (2008) « Panser les excus, penser l'exclusion. Retour sur la justice sociale », dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 27-40.
- Renault, E. (2008), *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte.
- Schnapper, D. (2001), « Introduction », dans D. Schnapper (dir.) *Exclusions au cœur de la Cité*, Paris, Anthropos, p. 1-18.
- Sen, A. (1999), *Development as Freedom*, New York, Anchor Books.
- Simmel, G. (1979 [1908]), « Digression sur l'étranger », dans Y. Grafmeyer et I. Joseph (dir.) *L'école de Chicago*, Paris, Champ Urbain, p. 53-59.
- Simmel, G. (1998 [1907]), *Les pauvres*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadriga ».
- Ulysse, P.-J. (2007), « La lutte contre la pauvreté et l'exclusion », *Informations sociales*, n° 143, p. 54-63.

Page laissée blanche intentionnellement

CHAPITRE 1

Politique des droits et relation d'assistance

L'exclusion sociale en France

Éric Gagnon et Béatrice Eysermann

À l'hiver 1991 circule dans les milieux associatifs, politiques et intellectuels français un Manifeste contre l'exclusion¹, attirant l'attention sur la « distance sociale » qui sépare ceux qui ont un emploi et ceux qui n'en ont pas, et appelant à la mobilisation et aux initiatives pour trouver des solutions. Dans une société « insuffisamment créatrice et solidaire », écrit-on, la crise économique risque de créer une « fracture sociale ».

Le risque est que ce dualisme social ne soit plus perçu, parce que les exclus du marché du travail sont peu visibles, sont dispersés, et ont peu l'occasion de s'exprimer. Le risque est que la lutte contre le chômage et l'exclusion se transforme insensiblement et insidieusement en gestion sociale de l'exclusion.

Rédigé par un groupe de personnes œuvrant dans des associations de chômeurs, ou de solidarité avec les chômeurs, et quelques chercheurs, le Manifeste formule un certain nombre d'idées et de thèmes qui vont demeurer très présents en France dans les années suivantes. D'abord la

1. Repris dans *Esprit*, mai 1991, p. 139-143.

question du chômage : l'exclusion est liée à la crise économique et aux transformations de l'emploi. L'exclusion est en premier lieu une exclusion du marché du travail. Elle est économique, mais aussi sociale, car le chômage marginalise les individus. Ensuite, la question des droits sociaux et de la citoyenneté : le travail et des moyens convenables d'existence pour ceux dans l'incapacité de travailler, sont des droits reconnus dans la Constitution française ; tous doivent avoir la possibilité d'exercer une activité « génératrice de lien social et de revenu, source de sociabilité et d'autonomie, qui sont deux dimensions essentielles de la personne humaine et de la citoyenneté ». À la citoyenneté, est également associée la participation politique, le fait de pouvoir s'exprimer et de contribuer aux décisions. L'exclusion sociale est également une exclusion de la parole. Aux mesures prises pour contrer le chômage et l'exclusion doivent participer les chômeurs et les « exclus » ; ils doivent pouvoir faire entendre leur voix, s'exprimer sur « leur situation, leurs droits et leurs exigences », participer aux décisions. Enfin, il est fait appel à la responsabilité de tous pour lutter contre l'exclusion : entreprises, collectivités locales, associations, services publics et citoyens. Le Manifeste porte largement sur le type d'assistance qui doit être apportée à ceux qui sont menacés d'exclusion sociale : une assistance fondée sur la reconnaissance des droits et de la responsabilité collective, et qui donne une place à la parole et à l'autonomie des personnes, à leurs demandes et à leur point de vue.

Dans ce chapitre consacré à la France, nous voulons montrer comment les interventions pour lutter contre l'exclusion créent une relation d'assistance qui reconnaît à la personne une place au sein de la collectivité, sinon un minimum de droits, tout en la maintenant à distance ou à la marge de l'espace commun, des échanges et de la communication. Dans le prolongement des analyses de G. Simmel (1998), nous soulignerons quelques limites et paradoxes de ces efforts pour (ré)intégrer les individus ou ne pas les laisser totalement « exclus ». Nous le montrerons à propos d'un certain nombre d'interventions dans le champ sanitaire².

2. Nous avons procédé à la lecture en parallèle des débats sur l'exclusion sociale en France et des mesures mises en œuvre dans le champ sociosanitaire pour garantir l'accès aux soins et venir en aide aux SDF. Il s'agit, comme pour les autres études publiées dans le présent ouvrage, d'une synthèse et d'une analyse secondaire d'un vaste corpus composé de textes de lois, de documents officiels, d'études épidémiologiques et d'analyses sociologiques.

Nous suivrons un parcours qui nous conduira des représentations et enjeux sociaux globaux vers les relations interpersonnelles et l'expérience de l'assistance. Dans la première partie, nous examinerons les préoccupations et les représentations générales auxquelles répond la notion d'exclusion en France, les orientations générales de la lutte contre l'exclusion, et la manière dont la santé va en devenir un des champs d'action. Nous verrons que l'exclusion sociale désigne une crise des mécanismes de protection sociale et une expérience individuelle marquée par l'insécurité. Deux thèmes seront mis en évidence : les droits garantis par l'État d'une part, les ruptures et la désocialisation, d'autre part. Dans la seconde partie, nous examinerons plus en détail les interventions dans le champ de la santé. Nous montrerons comment celles-ci se situent toujours à la jonction du social et du sanitaire, comment l'un conduit toujours à l'autre, tant sur le plan de l'organisation des dispositifs mis en place et des approches préconisées, que des représentations des problèmes et des pathologies. Plutôt qu'un recensement complet des actions, de leurs visées et de leurs effets, nous nous limiterons à deux exemples, les centres de soins gratuits et les interventions auprès des personnes sans domicile fixe ou « SDF ». Ils nous ont semblé exemplaires de la manière dont le problème de l'exclusion est abordé en France, mais surtout des difficultés que crée la *relation d'assistance*. Si la lutte contre l'exclusion sociale par l'entremise de la santé obtient parfois quelque succès, elle atteint aussi ses limites. Nous verrons à quoi se heurtent les efforts pour réintégrer les personnes, leur faire recouvrir certains droits ou simplement leur donner les soins de base, voire entendre leur histoire et comprendre leurs demandes.

FRACTURES SOCIALES ET RUPTURES BIOGRAPHIQUES

La notion d'exclusion sociale a connu en France une certaine fortune, elle est même devenue une notion familière pendant une quinzaine d'années, tant dans la presse et le discours politique que la recherche. En effet, au tournant des années 1980-1990, elle s'est imposée dans les débats politiques et sociaux pour rendre compte de la crise que traversait la France, en raison d'un taux de chômage élevé et des tensions raciales. L'exclusion symbolise dans les années 1990 à 2005 les principales menaces qui pèsent sur l'unité et la prospérité du pays, et condense de nombreuses inquiétudes et incertitudes face à l'avenir. Paugam (1996) parle d'un usage quasi consensuel, tant à gauche qu'à droite de l'échiquier politique, durant cette période, où elle serait

devenue le « paradigme d'explication des mutations sociétales³ », à partir duquel la société française « prend conscience d'elle-même », des maux qui la menacent, des clivages qui la traversent et des défis qu'elle doit surmonter ; ce que d'autres appellent la « nouvelle question sociale ». « Ce mot, écrit encore Paugam (2000 : 155) est devenu, en quelques années, le support des discussions sur l'avenir social de notre pays. Il avive les angoisses de franges nombreuses de la population, inquiètes face au risque de se voir un jour prises dans la spirale de la précarité, et accompagne le sentiment presque généralisé d'une dégradation de la cohésion sociale. » Dans aucun autre pays la notion ne va connaître un tel succès.

Notion largement utilisée dans les médias, elle a été reprise, discutée et critiquée par de nombreux chercheurs, elle a donné lieu à des politiques, à des programmes et à des actions touchant d'abord l'emploi, la ville et ses « quartiers difficiles », l'immigration et les jeunes « sans avenir ». Ce n'est que progressivement que santé et exclusion ont été associées, donnant lieu à des actions et à des services, généralement peu médiatisés. Mais cela s'est fait surtout d'une manière particulière, propre en grande partie à la France, à son histoire et à ses institutions, à sa manière de concevoir l'exclusion sociale, de réfléchir ses problèmes et son unité, de se représenter le rôle de l'État et de mettre en place des mesures, à sa manière particulière d'affronter ces questions devenues centrales dans nombre de sociétés, que sont l'intégration et la citoyenneté.

Des représentations aux politiques

La notion d'exclusion s'est imposée dans un pays où la persistance d'un taux de chômage important pour un pays industrialisé laisse paraître un écart entre ceux qui ont un emploi et bénéficient en conséquence d'une protection sociale, et ceux qui en sont dépourvus ; où l'installation d'un nombre important d'individus dans la précarité et la grande pauvreté, et la relégation à la marge de quartiers et de populations entières (les banlieues) renforcent un sentiment général d'insécurité (peur de devenir soi-même chômeur et peur de la violence des autres). La notion

3. Un « paradigme sociétal » est « un ensemble de représentations de l'ordre social suffisamment concordantes et stabilisées dans la durée pour que s'organise à l'échelon de la société tout entière une réflexion sur ses fondements et ses modes de régulation » (Paugam, 1996 : 16).

s'impose dans un pays qui accorde à l'État un rôle central dans l'intégration sociale, symboliquement beaucoup plus grand qu'aux formes de sociabilité primaire, au moment où cet État est fragilisé, jugé inefficace et remis en question.

Avec l'exclusion sociale change la représentation des rapports sociaux et des inégalités dans la société française. Ce n'est plus au sein de l'entreprise dans le « face à face » entre employeurs et salariés que passe la grande ligne de clivage – la lutte des classes –, mais dans la ville, entre ceux qui profitent de la modernisation de l'économie et les inadaptés, entre le travailleur et le chômeur, entre les citoyens français et les étrangers (Donzelot et Roman, 1991). L'exclusion sociale déplace l'opposition, qui passe désormais entre ceux qui ont un emploi et peuvent se projeter dans l'avenir, et ceux qui en sont privés et soumis à un rapport d'assistance, d'indifférence ou de rejet. C'est à l'exclusion du marché du travail qu'elle renvoie d'abord, et c'est dans les termes de précarité⁴ et de trajectoires ponctuées de ruptures que se fait la lecture des problèmes sociaux (chômage, pauvreté, inégalités).

Si la question de l'exclusion sociale est liée avant tout à l'emploi et à la pauvreté, devait rapidement s'y ajouter une dimension « nationale ». Le chômage est particulièrement élevé chez les jeunes que l'on dit « issus de l'immigration », dont les parents ont immigré d'Afrique du Nord ou sub-saharienne principalement, alors qu'eux-mêmes sont le plus souvent nés en France. Le système scolaire ne représente plus pour eux une chance de promotion sociale. Bien que culturellement intégrés à la société française – ils partagent les mêmes aspirations que les autres citoyens français –, les descendants des migrants n'ont ni les mêmes moyens pour réaliser leurs projets et participer pleinement à la vie sociale, ni les mêmes possibilités d'ascension sociale. Concentrés dans des banlieues pauvres, ils éprouvent un fort sentiment d'exclusion sociale et de racisme, réagissant à leur situation de différentes façons, dont la plus médiatisée est la formation de bandes de jeunes « Blacks » et « Beurs » associés à la délinquance, et la plus spectaculaire : les émeutes dont la France a été le théâtre à plusieurs reprises au cours des quinze dernières années (Schnapper, 2006). L'exclusion sociale est d'abord l'effet du chômage, mais aussi de la difficulté de la France

4. « Il y a une spécificité française dans l'acception très large de la notion [de précarité] : la vie professionnelle et sociale incertaine et risquée, porteuse du danger de basculement dans l'exclusion sociale » (Barbier, 2005 : 360).

d'intégrer les plus récentes générations d'immigrants, dont un certain nombre en situation irrégulière (les « sans-papiers »), vivant différentes formes de dépendances, d'exploitations et de confinements, et dans la crainte d'expulsion (Fassin et Morice, 2001). Le problème est d'abord celui du chômage et d'un blocage pour certaines catégories de la population, aggravé par le caractère ethnique ou racial qu'il a pris.

Comme le souligne Paugam (2000), la notion d'exclusion sociale est à la fois un diagnostic de la persistance d'importantes inégalités sociales et celui d'un relâchement des liens sociaux, qui met en évidence le désavantage de certains individus et groupes dans leurs efforts pour s'adapter aux mutations sociales et négocier leur place dans la société française. Mais, l'exclusion véhicule aussi une image de la société française dans son ensemble, l'image d'une séparation ou d'une césure. Pour Jacques Donzelot (2003) la société française est aujourd'hui divisée en trois groupes, qui tendent à se refermer sur eux-mêmes, poussés par une « logique de l'entre-soi » : les chômeurs et les « immigrés », que la pauvreté et le refus des autres de vivre à leur proximité concentrent dans certaines banlieues ; les « oubliés », ouvriers et employés qui se sentent menacés par l'immigration et la pauvreté, et demandent à en être protégés ; les « enrichis » qui profitent de la nouvelle économie et dont l'aisance permet de vivre à distance des pauvres et d'envoyer leurs enfants dans les meilleurs écoles. La France est divisée entre les pauvres, ceux qui sont menacés de s'appauvrir et ceux qui s'enrichissent, séparation observable sur une carte par la constitution d'enclaves dans les villes (habitat social, banlieue pavillonnaire). À l'image de la précarité des conditions de vie s'ajoute celle de l'édification de barrières à l'intérieur même de la société.

Loin cependant de fournir une représentation claire et unanime de la société française, de ses difficultés et de ses clivages, la notion d'exclusion semble au contraire témoigner de la perte d'une représentation unifiée de la société (Ion, 1995). L'exclusion mêle l'inquiétude devant l'effritement du statut protecteur du salariat et la précarisation de l'emploi, l'interrogation sur ce qui donne à la société son unité et fonde la protection sociale, et la difficulté à penser l'immigration et son intégration⁵. De plus, on l'a amplement souligné, la notion demeure ambiguë et relativement floue : sous la même catégorie on regroupe des chômeurs, des étrangers en situation irrégulière, des personnes ayant

5. Difficulté doublée ou renforcée par celle à faire face à son passé colonial, puisqu'un grand nombre d'immigrants proviennent des anciennes colonies.

du mal à trouver du travail pour des raisons de santé, etc. L'exclusion témoigne d'un sentiment largement répandu de fragilisation des liens sociaux, ceux que procure le travail, mais également ceux que procurait traditionnellement la famille ou que soutenait l'État (l'école notamment). Cette fragilisation a conduit à une marginalisation croissante d'une frange de plus en plus importante de la population française. Elle conduit à une individualisation des destins ; les individus étant davantage livrés à eux-mêmes pour se trouver une place, un travail, leur intégration dépend plus que jamais de leurs aptitudes, de leurs ressources et de leur origine sociale.

En raison de son flou et de ses ambiguïtés, la notion d'exclusion sera d'ailleurs constamment critiquée et son emploi contesté : elle décrit un état (celui d'« exclu »), alors que ce sont les processus conduisant à la pauvreté ou la marginalisation qu'il faut comprendre. Des notions plus rigoureuses et davantage explicatives seront proposées. Avec la *disqualification sociale*, S. Paugam cherche à décrire la trajectoire et les causes qui conduisent à l'assistance : la perte d'un emploi, l'affaiblissement des liens placent dans une situation de précarité, avec un risque de désocialisation progressive menant à la marginalisation et l'exclusion. La *désinsertion* de V. de Gaulejac et I. Taboada-Leonetti est une notion centrée davantage sur l'identité des individus, qui fait correspondre aux différentes étapes de leur trajectoire ponctuée de ruptures et de pertes (emploi, liens sociaux), des états psychologiques : la phase de résistance, pendant laquelle l'individu mobilise ses ressources affectives et sociales pour résister à la situation nouvelle, la phase d'adaptation, marqué par la recherche du statut antérieur, et la phase d'installation, de résignation et de passivité. Enfin, la *désaffiliation* de R. Castel renvoie davantage aux transformations des formes de protection et d'intégration sociales (le salariat, les assurances sociales) et à la perte progressive par les individus d'une position sociale ou d'un statut social valorisé qui procure à la fois un sentiment d'utilité, des relations et une reconnaissance sociale. Comme le souligne Autès (2000), ces notions et ces approches ont toutes en commun de chercher à décrire un phénomène de *déliation* ou de désintégration (quelque chose se défait) selon un processus en trois phases : l'entrée dans la précarité, l'installation dans la pauvreté, la sortie du social⁶.

6. « Pour les qualifier rapidement, je dirai qu'avec S. Paugam on a le point de vue de l'institution, avec V. de Gaulejac et I. Taboada-Leonetti le point de vue de individus et avec Castel, le point de vue du politique, de l'État, avec en même temps un étayage historique important » (Autès, 2000 : p.15).

Précarité, rupture, disqualification, désaffiliation, insécurité, désinsertion. Le vocabulaire de l'exclusion – et de sa critique – évoque deux idées fortes : d'une part, une crise institutionnelle, une difficulté de plus en plus grande des institutions (État, école, famille) à assurer l'intégration de tous les citoyens, de leur garantir des conditions d'existence décentes, un minimum de sécurité matérielle et symbolique (un travail, un statut et une place dans la société) et le respect de tous leurs droits (politiques et sociaux) ; d'autre part, une expérience de ruptures avec le travail et la sociabilité vécue par les personnes disqualifiées et un glissement progressif hors des espaces et des lieux d'échanges valorisés et valorisants, qui engendrent une image de soi négative, un sentiment d'échec et d'impuissance, de honte et de résignation. La subjectivité est une dimension centrale du phénomène, elle retient largement l'attention : humiliation et souffrance de ceux qui se sentent inutiles ou disqualifiés ; déstructuration du soi chez le sans-abri. L'exclusion renvoie à une crise institutionnelle et aux drames individuels qui en sont la conséquence. Pour le Haut Comité de la santé publique (1998), qui résume la vision dominante sur ce point, la précarité est un « état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou de plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux » ; l'exclusion est l'une des « formes extrêmes » de la précarité.

L'exclusion sociale va non seulement prendre une place importante dans le discours politique et scientifique, mais également faire l'objet de plusieurs mesures pour la réduire ou la contenir. Plus exactement, de nombreuses mesures déjà existantes vont être regroupées sous la bannière de lutte contre l'exclusion sociale, auxquelles vont s'en greffer de nouvelles : politiques de création d'emploi, aide aux chômeurs et programmes de réinsertion, politiques de logement et de rénovation de l'habitat, politiques de sécurité urbaine, politiques de santé, politique d'immigration, etc. En juillet 1998, sera votée une *Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*. Elle repose sur trois grands principes : 1) « l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux (emploi, santé, logement, revenu minimum, loisirs et culture) » ; 2) une politique « multi-dimensionnelle et intégrée » (les mesures concernent à la fois l'habitat, la ségrégation sociale, l'éducation, le chômage...) ; 3) « le partenariat entre les acteurs et la participation des personnes en difficulté » (ex. : représentation des demandeurs d'emploi et des associations dans les comités de liaison et les conseils d'administration des agences). Cette loi propose

de nouvelles mesures, mais tente surtout d'unifier un ensemble de programmes et de lois déjà existantes autour de la notion emblématique et mobilisatrice d'exclusion sociale.

Va ainsi s'intégrer à la lutte contre l'exclusion sociale, la Politique de la ville, c'est-à-dire une série de programmes visant le développement social et économique, la restauration du bâtiment et la réduction de la ségrégation (par l'augmentation de la mixité) dans les quartiers où le chômage, la délinquance et l'insécurité sont importants (les quartiers dits « en difficulté » ou « sensibles »)⁷. Mais la lutte contre l'exclusion en France va consister en grande partie à gérer les interstices du système général de protection et de prestations sociales, à proposer un système d'aide ou de prise en charge complémentaire, touchant le logement ou la santé. « Les exclus ne se caractérisent pas seulement par leur externalité au monde du travail mais également à celui de la prise en charge assistancielle traditionnelle. » (Valarié, 1998 : 58.) L'exclusion est aussi une crise des mécanismes de protection. Le Revenu minimum d'insertion (RMI) instauré en 1988 vise à assurer un revenu à ceux qui sont sans emploi, à la condition qu'ils manifestent une volonté d'insertion (contrat d'insertion). La couverture maladie universelle (CMU) promulguée en 1999 vise à couvrir la partie de la population dépourvue d'assurance-maladie et ainsi garantir à tous l'accès aux soins.

Dès lors qu'elle fait l'objet d'une politique et de mesures spécifiques, dont on fait le suivi et l'évaluation, qu'elle devient un objet sur lequel l'État intervient, l'exclusion sociale n'est plus tout à fait la même. Elle est pensée et même définie en regard des interventions menées en vue de la réduire. C'est ainsi, par exemple que les indicateurs d'exclusion de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2000) deviennent des « indicateurs de moyens » (les dispositifs de lutte contre l'exclusion touchant le logement ou l'accès aux soins) et des indicateurs

7. Comme l'ont montré Donzelot et ses collaborateurs (2003), avec la Politique de la ville on intervient sur un territoire où le chômage est important et les sans diplômes sont nombreux, en cherchant à attirer des entreprises, à rénover l'habitat, à créer une mixité sociale. C'est une action qui cible les quartiers et cherche à revitaliser les lieux ou à les réhabiliter. C'est une action qui part d'en haut, soutenue par l'État et dirigée par ses représentants, en cherchant à faciliter l'accès aux services auxquels les gens ont droit, mais aussi à leur faire prendre conscience de leur responsabilité. La solidarité est affaire d'État, qui est là pour protéger les individus et garantir le respect de leurs droits. On a ainsi forgé un « indice synthétique d'exclusion », qui mesure l'état de gravité de l'exclusion dans un quartier. L'indice ne mesure pas la situation d'un individu ou d'une communauté, ou encore le nombre d'exclus ou le taux de prévalence de l'exclusion, mais plutôt la concentration de la pauvreté dans un quartier.

« de résultats » (évolution des situations touchant le nonaccès aux droits : logement, santé, travail...). La politique contribue également à renforcer la représentation de l'exclusion comme privation de *droits*, puisque l'intervention de l'État consiste à garantir l'accès à ces droits que sont le travail, les services de santé, le logement, etc. L'accès aux droits se veut le « tremplin vers la réinsertion sociale ». On parle de « l'amélioration de l'offre de droits » et d'un « droit au droit⁸ ». C'est l'originalité de l'approche française : « Cette approche par les droits suppose que les bénéficiaires potentiels de ces droits en soient suffisamment informés et que les professionnels en contact avec eux s'ouvrent au dialogue ainsi qu'à de nouvelles pratiques, pour accompagner leurs publics notamment vers l'accès à ces droits » (UNIOPSS : 125). Cette approche s'inscrit dans un discours sur la solidarité et le rôle de l'État comme garant pour tous les citoyens du respect de leurs droits, discours qui distingue la France d'autres nations industrialisées comme la Grande-Bretagne (Morel, 2003 ; Béland, 2007). Mais, elle témoigne également du passage, comme le notait Castel (1995 : 418), d'une politique d'intégration visant l'ensemble de la population et « l'homogénéisation de la société à partir du centre » (notamment par l'accès de tous à l'instruction publique), à une politique d'insertion obéissant à une logique de discrimination positive, ciblant des populations particulières ou des problèmes spécifiques, pour lesquels on cherche à combler le « déficit d'intégration », à réduire les « incapacités » afin de leur permettre de rattraper la « normale ».

Du social au médical

La santé est apparue progressivement dans la lutte contre l'exclusion sociale. Des enquêtes menées au début des années 1990 auprès des allocataires du RMI révèlent que ces derniers souffrent davantage de problèmes de santé que le reste de la population. Ces problèmes sont multiples : dépression et problèmes psychiatriques, maladies cardiovasculaires, endocriniennes ou encore ostéo-articulaires (Obadia et coll., 1994 ; Koves et coll., 1995). Depuis quelques années déjà des associations dénonçaient le fait que de nombreux Français ne bénéficiaient d'aucune couverture médicale et n'avaient pas accès à des soins de santé adéquats⁹.

8. Dans le premier bilan de la *Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*. (www.social.gouv.fr/hum/actu_igas/sommaire.htm, consulté le 14 décembre 2005.)

9. Une enquête réalisée en 2001 auprès de usagers des centres d'hébergement de distribution de repas chauds indique une forte prévalence de problèmes respiratoires, ostéo-articulaires, digestifs et surtout dépressifs (Observatoire, 2006).

Si certains problèmes de santé nuisent à l'insertion, on insiste surtout sur ceux que la précarité induit et sur la difficulté d'accès aux soins. La santé témoigne non seulement de la condition physique des personnes, mais aussi de leurs conditions de vie, de leur bien-être et de leur capacité matérielle et psychologique à faire des démarches et d'abord à formuler une demande de soins. Une circulaire de mars 1993 sur la mise en œuvre du RMI y insiste :

L'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires du RMI et des membres de leur famille est une composante importante de l'insertion : c'est un impératif en termes de santé publique, en particulier pour ce qui concerne des pathologies lourdes (tuberculose, VIH, santé mentale, alcoolisme chronique). C'est aussi une étape importante pour permettre aux individus de retrouver la possibilité de faire des choix de vie¹⁰.

Une articulation du social et du sanitaire va de la sorte s'opérer. La lutte contre l'exclusion, qui appelle une prise en charge globale des personnes (aspects psychologiques, sociaux et médicaux) dans une perspective d'insertion, favorise la traduction des problèmes sociaux dans le langage sanitaire. Ainsi, le Haut Comité de la santé publique saisi de la question de la progression de la précarité en France et de ses effets sur la santé¹¹, remet un volumineux rapport en 1998. Entre les grandes transformations qui affectent la société française – chômage et pauvreté, précarisation du travail et failles dans le système de protection sociale, augmentation de la violence et dégradation du logement dans certains quartiers – et les inégalités de santé – taux de morbidité et de mortalité selon différents groupes et catégories – les auteurs du rapport s'efforcent d'établir des relations de cause à effet : la précarité et l'exclusion entraînent une dégradation des conditions de vie, qui créent un environnement peu propice à une bonne santé (insalubrité, violence, insécurité) ; elles génèrent aussi de la honte, une dévalorisation de soi, favorisant à son tour des conduites à risque (toxicomanies, suicide, comportements violents), autant qu'elles engendrent de la détresse et de la souffrance. À la fois synthèse des travaux de recherche, état de la question et vigoureux plaidoyer en faveur d'une action publique, ce rapport condense et articule les principaux thèmes et analyses de la lutte contre l'exclusion sociale en France, et son application dans le champ de la santé. La précarité y est définie comme une absence de

10. Reproduite dans : *Actualités et dossier en santé publique*, n° 7, (hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/ad072560.pdf)

11. Par le secrétariat d'État à la santé et à la sécurité sociale et par le secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence.

sécurité, un état de vulnérabilité, et l'exclusion en est la forme extrême. Précarité et exclusion menacent la cohésion sociale et le respect des droits fondamentaux, dont l'État doit garantir à tous l'accès¹² ; elles portent atteinte à l'image de soi chez ceux qui y sont exposés et engendrent de la souffrance :

[...] l'exclusion pose bien d'autres problèmes que la seule absence de ressources financières qui peut toujours être compensée par différentes formes d'assistance. Le problème essentiel est que l'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel. C'est également cette souffrance qui conduit au renoncement y compris des soins à son propre corps et finalement à l'adoption de comportements pathogènes qui aggravent une vulnérabilité souvent déjà importante aux maladies organiques et psychiques. (p. 28)

La notion de *souffrance psychique*, qui allait connaître un succès certain, contribue à cette articulation du social et du sanitaire autour des phénomènes d'exclusion, en reprenant l'idée d'un parcours fait de ruptures et de blessures. En 1995, le groupe de travail « Ville, santé, précarité et exclusion sociale », de la Délégation interministérielle à la ville, déposait un rapport intitulé : *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* (Lazarus et Strohl, 1995), dans lequel on signale un ensemble de situations qui font problème et devant lesquelles les professionnels restent sans réponse. Des enseignants, par exemple, déplorent les difficultés d'apprentissage de certains enfants, qu'ils estiment relever d'une prise en charge thérapeutique ; un « sans papiers », sans domicile fixe, isolé et dépressif, vivant un sentiment d'abandon et sur le bord de la marginalisation complète, est pris en charge par Médecins du monde ; un autre, RMIste et sans domicile, dépressif et suicidaire, menacé lui aussi de marginalisation, est suivi par un psychiatre ; un homme, qui a perdu son entreprise dans une faillite, fait une tentative de suicide : son médecin hésite dans son diagnostic entre la « dépression » et le « désespoir » ; un cadre licencié, qui a caché sa situation à sa famille jusqu'à l'épuisement des allocations de chômage, est placé devant une alternative : l'aveu ou la dépression ; il sera hospitalisé pour dépression. La souffrance psychique, selon les auteurs du rapport, n'est pas un problème de santé

12. Les recommandations du Haut Comité ne touchent pas que les services de santé, mais la lutte contre la précarité de l'emploi, la sécurité dans certains quartiers des villes et les efforts pour renforcer la cohésion sociale et les solidarités. Et elle se justifie de la mission de l'État français, telle qu'elle est énoncée dans le préambule de la Constitution d'assurer à tous les citoyens des moyens convenables d'existence et le respect des droits fondamentaux parmi lesquels figurent la sécurité et la protection de sa santé.

mentale, elle n'a aucun signe clinique spécifique et répond mal aux outils diagnostiques et thérapeutiques de la psychiatrie. C'est un « mal-être », qui « se traduit soit par la récurrence des échecs, sur le plan du travail mais aussi du logement, de la vie sociale et familiale, soit par l'incapacité de proposer, à une proportion notable des allocataires du RMI, un contrat d'insertion. Les symptômes de la souffrance sont multiples : la solitude l'angoisse, la fatigue, l'échec, le manque d'énergie, la honte, la dénégation, l'absence de liens sociaux, la perte d'estime de soi, le désinvestissement de la relation à l'autre, l'échec récurrent. Les intervenants s'interrogent sur la possibilité même d'établir une relation d'aide, voire une relation tout court, avec des personnes qui sont « moins révoltées qu'effondrées » (*ibid*, p. 11). Pour Furtos (2005), qui reprendra et développera cette notion quelques années plus tard, la souffrance est l'effet de la grande précarité et de l'insécurité, du sentiment de ne plus avoir sa place sur la scène sociale (inutilité), du sentiment de honte et d'humiliation, conduisant la personne à se tenir à l'écart, à rompre toute communication, jusqu'à l'isolement, à l'effondrement de la capacité de demander de l'aide et à la perte du souci de soi (apparence, soins et hygiène). La souffrance est d'abord un diagnostic d'impuissance : une difficulté des individus à s'adapter à la société, à répondre à ses demandes et à ses modèles, mais également à s'adapter aux mécanismes d'insertion ; impuissance des intervenants aussi, qui ne savent comment aider et faire face à la souffrance des autres¹³.

« État de santé dégradé et précarité agissent l'un sur l'autre », conclura à son tour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale en 2006 : « À titre d'exemple, la souffrance psychique, les troubles de comportement, les états dépressifs et les autres problèmes

13. Des dispositifs variés seront ainsi mis en place en France pour écouter la souffrance des exclus, appelés « points d'accueil », « points d'écoute », « boutiques psy », « espaces vie », poursuivant au départ trois objectifs : 1) offrir la possibilité d'exprimer sa souffrance, de se confier librement ; 2) aider la personne à se re-mobiliser et à faire face à ses problèmes : son manque d'énergie, la honte, le comportement d'échec ; 3) mieux ajuster l'offre d'insertion aux besoins singuliers et à la situation particulière de la personne. On vise un public très hétérogène : demandeurs d'emploi, adolescents rebelles et jeunes des cités, demandeurs d'asile déboutés. Les services créés dans les années qui suivront seront donc très divers. Didier Fassin et son équipe (2004) ont réalisé une excellente étude sur ces dispositifs. Si ce travail de psychologisation ou d'individualisation des problèmes sociaux occulte les injustices et les inégalités, et peut favoriser un désengagement de l'État face à celles-ci, l'écoute de la souffrance évite cependant les approches stigmatisantes ou répressives et témoigne d'un respect, d'un souci de la subjectivité et fait de la condition des individus, une expérience humaine reconnaissable par tous.

de santé mentale ressortent constamment dans les travaux sur la santé des démunis. » (p. 98) Autour de la précarité et de l'exclusion, le social et le sanitaire vont ainsi se rencontrer. Des collaborations et des structures vont se mettre en place cherchant à définir une demande et une offre de services. On assiste à un foisonnement d'initiatives touchant l'accès aux soins, la toxicomanie ou le sida, mises en place par l'entremise d'un ensemble de dispositifs fondés sur la collaboration entre un grand nombre d'institutions (municipalité, hôpital, associations) et de professionnels et militants bénévoles. En constante recomposition, « les interrelations entre ces différents acteurs, plus ou moins formalisées dans des réseaux, eux-mêmes plus ou moins officiels, renforcent une interdépendance institutionnelle sur le mode du réajustement perpétuel » (Fassin, cité par Valarié, 1998 : 79).

La Politique de la ville va également contribuer à intégrer le thème de la santé à la question sociale (Clément et coll., 1998). Elle mettra de l'avant la territorialisation des actions et une approche globale des problèmes, appelant une mobilisation de différents acteurs (associations, professionnels de la santé) et une transformation de leurs rapports aux populations concernées. Si la santé n'est qu'un aspect parmi d'autres de la question sociale qui la dépasse largement, elle-même dépasse largement le médical et le clinique, et rejoint d'autres domaines d'intervention sociale comme le logement, la violence urbaine, l'immigration¹⁴. Cela s'inscrit en partie dans la « nouvelle santé publique », qui met l'accent sur l'environnement, les approches intégrées, les aspects sociaux et l'engagement des collectivités locales, par l'entremise notamment des associations et de la responsabilisation individuelle (promotion et prévention ; renforcement des capacités des gens)¹⁵.

D'une part, des organisations initialement médicales ont progressivement intégré une dimension sociale afin de répondre au mieux aux besoins de leurs usagers et notamment leur donner les moyens de s'inscrire efficacement dans une démarche médicale. D'autre part, des associations de solidarité sociale ont décidé de proposer des services sanitaires ou médicaux afin de ne pas écarter cette dimension essentielle de l'insertion qu'est la santé ; des médecins interviennent ainsi

-
14. La traduction sanitaire des problèmes n'est pas acceptée de tous les intervenants, notamment les travailleurs sociaux, qui, il faut bien le dire, y voient une individualisation des problèmes. Les travailleurs sociaux n'ont pas non plus la compétence pour offrir des soins de santé.
 15. Nous ne discuterons pas ici de la décentralisation, qui a donné plus d'autonomie aux administrations et aux collectivités locales, non plus que des enjeux touchant la mobilisation, la collaboration et les concertations entre les différents acteurs du social et du sanitaire. Sur ces questions voir l'ouvrage collectif sous la direction de Didier Fassin (1998).

dans des centres d'hébergement ou des lieux d'accueil pour assurer des consultations gratuites. On remarquera que ces deux types de trajectoire ne concernent pas uniquement le secteur associatif : l'hôpital public a été amené à agir pour l'aide au recouvrement des droits sociaux ; inversement, le Revenu minimum d'insertion (RMI), mis en œuvre en tant que mesure d'aide sociale comporte un volet sanitaire et médical (Parizot, 2003 : 81).

La santé va ainsi devenir une dimension importante (mais non dominante) de la politique de lutte contre l'exclusion sociale. Le plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion, présenté par le gouvernement français en décembre 2002, vise à « rendre effectif l'accès aux droits et à la citoyenneté, à renforcer l'accès au logement, à améliorer les dispositifs d'accueil et d'hébergement, à améliorer l'accès aux soins et à mieux répondre aux besoins des publics précaires » (cité par Barberye et coll., 2003 : 4). Les deux droits spécifiquement mentionnés sont le logement et la santé, et sont souvent associés à des situations d'*urgence*. Quant au deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion, publié en 2003, il porte sur cinq domaines, dont trois touchant la santé : les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dont nous reparlerons, la lutte contre le saturnisme infantile et les dispositifs de veille sociale pour les personnes sans domicile fixe, dont on s'inquiète de la santé physique et psychique (Barberye, et coll., 2003).

Si la précarité et l'exclusion soulèvent la question de la santé, l'inverse est également vrai. La santé permet une mobilisation autour des questions de pauvreté, de précarité et d'exclusion. Le saturnisme infantile, devenu un enjeu important de santé publique, en est un bon exemple. Dans les habitats anciens et vétustes, les enfants sont exposés à la poussière de peinture riche en plomb dont l'inhalation cause le saturnisme. L'identification de cas graves et nombreux d'intoxication chez les enfants d'immigrants a alerté la santé publique et les autorités sur les problèmes de logements dégradés et sur les conditions de vie de certaines familles. Elle a conduit à des mesures de détection, de prévention et de rénovation des logements. Un problème sanitaire (l'intoxication au plomb et l'insalubrité) permet une mobilisation face à un problème social (la pauvreté urbaine et la marginalisation des familles immigrées). « Même s'il a été souvent long et difficile, pour des raisons tant économiques que politiques, d'obtenir des collectivités territoriales concernées une intervention sur ce problème ou même, simplement, sa reconnaissance, au moins l'épidémie de saturnisme a-t-elle apporté un signifiant dicible au signifié innommable de profondes disparités

existant dans les conditions de vie et d'habitat des milieux pauvres et singulièrement immigrés » (Fassin, 1998 : 14)¹⁶. Mais peut-être avec l'effet pervers de transformer en problème de santé ce qui est d'abord un problème social (logement, immigration, revenu) exigeant des mesures autres que sanitaires.

La séparation entre le social et le sanitaire, clairement établie en France jusqu'à tout récemment, est remise en question dans la lutte contre l'exclusion sociale. Le lien entre le social et médical est triple. Il se situe d'abord sur le plan épidémiologique dans l'explication causale des phénomènes (l'exclusion favorise la maladie, et certaines maladies favorisent la précarité) et la traduction de problèmes sociaux dans le langage sanitaire (la souffrance psychique en est un exemple). Ensuite, dans l'organisation de l'intervention (collaboration entre différentes institutions, nouvelles approches). Enfin, sur le plan symbolique, dans la légitimation des interventions (les risques pour la santé légitiment certaines mesures, et réciproquement, l'accès aux services a besoin d'être politiquement et socialement légitimé).

On se trouve cependant devant un paradoxe. « Plus la précarisation des gens s'intensifie, plus la santé paraît occuper la première place dans le rang des préoccupations et plus vite est désignée une demande spécifique de santé : au nom de l'urgence que l'on brandit, il s'agit d'accourir pour soigner » (Clément et coll., 1998 : 137). Mais en même temps, les individus visés ne perçoivent pas toujours leurs difficultés en termes de santé, et revendiquent plutôt une amélioration de leurs conditions de vie ou encore demandent un peu d'écoute et d'attention (Ferreira, 2004). Ce paradoxe va être au centre des réflexions et des difficultés touchant les dispositifs d'accès aux soins et d'aide aux sans-abri, comme nous allons maintenant le voir.

L'ACCUEIL ET L'ÉCOUTE, OU LES AMBIGUÏTÉS DE L'ASSISTANCE

L'exclusion renvoie à deux processus ou à deux dimensions d'une même crise : une transformation et un affaiblissement des grandes institutions qui assurent l'intégration sociale, le marché du travail, l'État et la famille, et une expérience de ruptures qui conduit à un statut social dévalorisé, à la pauvreté, voire à la marginalité. L'exclusion a deux faces,

16. Les responsables du suivi de la *Loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion sociale* continuent d'accorder de l'importance à ce problème, et préconisaient encore récemment le renforcement des mesures (Barberyc et coll., 2003).

l'une institutionnelle et politique, l'autre plus existentielle. Ces deux aspects se retrouvent dans le champ de la santé, autour de deux questions : l'accès aux soins et la situation des sans-abri. La première concerne l'organisation et le réaménagement des services afin de garantir l'accès de tous à un droit : la santé. L'enjeu est politique, il touche directement à la citoyenneté. Il symbolise la reconnaissance d'une égalité pour tous les citoyens, voire pour tous les êtres humains. Il est peut-être aussi pour les pouvoirs publics l'angle sous lequel ils peuvent le plus facilement agir, en créant, en soutenant ou en favorisant l'utilisation de services (à défaut de pouvoir diminuer les taux de prévalence des maladies ou de réduire les inégalités de santé). La seconde touche à la capacité des dispositifs et des interventions à répondre aux besoins et aux demandes des individus et à les sortir de leur situation de précarité et d'exclusion.

Les dispositifs et interventions ici examinés sont les centres de soins gratuits (incluant les PASS), ainsi que quelques-unes des actions destinées aux sans-abri. Ces dispositifs ne relèvent pas tous spécifiquement de la santé (hygiène, soins, alimentation), et lorsque c'est le cas, c'est le « social » qui prédomine encore : nouer un lien, faire reconnaître un droit, accompagner. Comme l'écrivent Isabelle Dumont et ses collègues (cités par Clément et Mantovani, 2005 : 316) à propos des soins pour les sans-abri, l'offre prend deux formes : « la première consiste à aller à la rencontre des personnes pour faire émerger la demande ou la précéder (logique du sanitaire dans le social), la seconde vise à répondre aux besoins sociaux en réagissant à l'urgence sanitaire (logique du social dans le sanitaire) ».

Grandeurs et limites de l'accueil : les centres de soins gratuits

Par différentes mesures et réformes de l'assurance maladie au cours des années 1980 et 1990, l'État français a cherché à combler les failles de la protection sociale en matière de santé, à assurer une couverture universelle et ainsi à garantir l'accès aux soins à tous les Français. Avant 1999, date de la mise en place de la Couverture médicale universelle (CMU), encore 200 000 personnes ne bénéficiaient d'aucune couverture médicale. La CMU va contribuer à réduire le nombre des personnes sans couverture. Mais les difficultés d'accès ne sont pas que d'ordre financier. Divers facteurs éloignent ou tiennent à l'écart les plus pauvres et les plus marginalisés des services de santé (hôpitaux ou médecine libérale) : la complexité des démarches et des dispositifs, la

méconnaissance de ses droits et des réseaux d'assistance, les conditions sociales et psychologiques (Joubert, 1995), auxquels il faut ajouter la discrimination de la part des professionnels de la santé à l'égard de ceux qui sont perçus comme étrangers et dont la demande est jugée illégitime (et ce qui se traduit par des refus de soins, abaissement des normes de prise en charge et retard dans les soins). Si l'hôpital fut créé à l'origine pour accueillir les indigents, sa transformation au cours du XX^e siècle en centre de médecine curative spécialisée et fortement technicisée, le rend inadapté pour accueillir les malades démunis ou marginaux que génèrent la précarité sociale et l'exclusion.

D'une manière générale, les réponses de l'hôpital moderne se révèlent mal adaptées aux personnes marginales – toutes celles qui n'entrent pas dans le cadre du « bon malade », c'est-à-dire un patient qui serait bien inséré socialement, assuré social, présentant des pathologies pouvant être traitées rapidement et ayant des attentes envers le système sanitaire conformes aux représentations des hospitaliers. Il en est ainsi en particulier des personnes toxicomanes, sans domicile ou désocialisées dont le recours aux soins peut traduire davantage une demande sociale qu'une demande médicale... (Parizot, 2003 : 54)

N'ont pas accès aux soins ou y ont peu accès, les « étrangers » en situation régulière et irrégulière (les « sans papiers »), qui ne bénéficiaient jusqu'à tout récemment d'aucune couverture médicale¹⁷ et ne connaissent généralement pas leurs droits, ni les structures, et font face à des barrières linguistiques et des difficultés administratives. C'est pour soigner ces malades parmi les plus démunis que dès le milieu des années 1980, l'ONG humanitaire Médecins du Monde va ouvrir une « mission France » et mettre sur pied des centres de soins gratuits, avec un personnel bénévole – médecins, infirmières, travailleurs sociaux¹⁸. Les centres s'adressent non seulement à des personnes démunies financièrement, mais aussi isolées et marginalisées, dont les difficultés les éloignent des institutions médicales et publiques. Ces centres n'ont cependant pas pour seul objectif d'offrir une consultation médicale et de donner des soins aux exclus, mais également de favoriser leur accès

17. Cette situation s'améliore en 2000 avec l'Aide Médicale d'Etat (AME) destinée aux personnes sans résidence stable et les étrangers en situation irrégulière. Ces derniers doivent être munis d'un certificat d'hébergement, indiquant qu'ils sont présents sur le sol français depuis trois mois ou plus, ce qui crée un problème, certains craignant par ce biais d'être repérés par les services de l'immigration. (<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000029/0000.rtf>, § 1.3.1.1, consulté le 16 juin 2006.)

18. La Mission France de Médecins du Monde gérait 32 centres de soins gratuits entre 1995 et 1998, avec un personnel de plus de 955 bénévoles (Parizot, 2003). En 2003, 23 centres sont encore actifs (Médecins du Monde, 2004).

aux structures communes de soins (hôpitaux notamment) en faisant connaître et reconnaître leurs droits. Si les centres ont pour vocation d'accueillir toute personne qui s'y présente, sans exiger d'elle un projet de réinsertion (Médecins du monde, 2004 : 21), les soins participent ainsi d'un effort d'intégration sociale des « exclus », en leur apportant soutien et conseil, et en cherchant à réduire, nous allons le voir, leur isolement, leur souffrance, les situations d'indignité, de violence et de marginalité.

La recherche de sécurité vis-à-vis du logement et de la nourriture, la nécessité de trouver une aide pour démêler des situations administratives et familiales complexes, le besoin enfin d'une écoute professionnelle reflètent bien qu'au delà des douleurs physiques ou psychologiques qui amènent les personnes à consulter, c'est bien la précarité extrême de leur vie qui est en cause (Médecins du monde, 2004 : 21).

Par ailleurs, l'humanitaire ne veut pas être associé aux « bonnes œuvres » et à la charité, même s'il ne s'en démarque jamais entièrement : il n'accepte pas l'ordre des choses et cherche à le transformer. C'est pourquoi les associations et organisations humanitaires, et cela vaut pour la « mission France », se donnent pour responsabilité de faire connaître la situation, de dénoncer les injustices, et de favoriser les changements, en faisant remonter les observations faites sur le terrain vers les politiques¹⁹. Les associations à vocation humanitaire ont été les premières à dire que leur action devait être provisoire. L'objectif était non seulement de soigner les malades non accueillis ailleurs, mais de les aider à recouvrer leurs droits sociaux et à (ré)intégrer le système de droit commun tout en faisant pression sur les pouvoirs publics pour qu'ils adaptent leurs services (Parizot, 2003 ; Ferreira, 2004).

La question du caractère provisoire des centres soulève un premier enjeu. Les centres de soins gratuits ne constituent-ils pas un système parallèle pour les personnes moins favorisées ? Ne contribuent-ils pas à les tenir à l'écart des services dont dispose le reste de la population ? Si l'action associative fait trop bien, le système de droit commun ne bougera pas, et l'humanitaire va contribuer, bien malgré lui, au maintien de l'exclusion. « La pérennisation de dispensaires associatifs spécifiques aux 'exclus' ou aux personnes démunies, apparaît en ce sens

19. Le rôle majeur des associations est rappelé dans le rapport précédant le texte de la *Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions* de 1998, et est également souligné dans le premier bilan de la Loi, en 2000. (http://www.social.gouv.fr/hum/actu/exclu_igas/sommaire.htm, consulté le 11 décembre 2005.)

contraire aux principes du système médical français » (Parizot, 2003 : 82). On cherche à faire des « exclus » des citoyens à part entière, à faire le pont entre ces personnes et les institutions dites de droit commun, avec cependant pour résultat paradoxal la construction d'espaces réservés et potentiellement stigmatisants (Clément et coll., 1998). L'idéal égalitaire est très fort en France, particulièrement en ce qui concerne la santé. Certaines associations vont fermer leurs centres de soins ; d'autres vont attendre que les énoncés d'intention des pouvoirs publics soient suivis d'effets. L'existence de ces centres et de ce que l'on appelle « la sous-traitance humanitaire ²⁰ » repose la question de la citoyenneté et de l'égalité. Lutte-t-on contre l'exclusion ou contribue-t-on simplement à « aménager la rue », à panser les plaies, avec le risque de stigmatiser et de maintenir l'exclusion ? Mais, à l'inverse, peut-on laisser les personnes sans soins ? Comment soigner sans exclure ?

C'est en partie pour répondre à ce problème et à la suite de pressions des associations que vont se développer au sein des hôpitaux des « dispositifs précarité » – généralisés par la loi de 1998, sous l'appellation de Permanence d'accès aux soins de santé (ou PASS)²¹. Inspirés des centres de soins gratuits des ONG humanitaires, les PASS ont été conçues pour accueillir à l'hôpital les patients sans couverture médicale, mais également ceux dont les requêtes dépassent le cadre purement médical pour entrer dans celui des demandes à caractère plus social, ou dont les comportements perturbent le fonctionnement hospitalier. Les PASS représentent une adaptation organisationnelle de l'hôpital aux « exclus » ; elles permettent l'accès à l'ensemble des services hospitaliers (consultations, examens, pharmacie et hospitalisation) gratuitement, et ainsi « la reconnaissance de leurs droits » (Barberye, 2003 : 32). Les personnes en situation de précarité sont accueillies avec les autres patients et consultent les mêmes professionnels, mais elles sont d'abord reçues au PASS et rencontrent un travailleur social qui favorise leur accueil et leur orientation, et éventuellement leur suivi médico-social. Les PASS vont ainsi recevoir des personnes de différentes condi-

20. Semblable à la sous-traitance par le communautaire au Québec, sauf qu'au Québec cela ne s'érige pas en question de principe. L'enjeu est le financement et l'autonomie du communautaire et non son existence même.

21. La Loi prévoit la mise sur pied d'un tel dispositif dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant aux services publics. Les PASS sont décrites comme des « cellules de prise en charge médicosociales ». « Adaptées aux personnes en situation de précarité », elles visent « à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leur droits » (chapitre III, art. 76).

tions sociales et médicales, ayant un accès limité aux soins, en offrant un accueil qui cherche à les faire se sentir à l'aise. À Toulouse, par exemple :

[...] les intervenants du « dispositif d'accès aux soins des plus démunis » situent leur action dans des espaces intermédiaires entre les institutions (de soin et de travail social) et la rue. Ils mènent un travail de « passeurs », au plus près de la population concernée, de manière à créer des « ponts » et des « passerelles » entre cette population d'individus « déstructurés », « sans lien » et la société de « droit commun » (Clément et coll., 1998 : 133).

La « raison humanitaire » ou la compassion devant la souffrance permet la reconnaissance des droits et l'accès aux soins²². Cependant, là encore, on s'est demandé si les PASS ne contribuaient pas à créer, au sein même de l'hôpital, le plus souvent dans des locaux particuliers, une nouvelle « médecine des pauvres » ou des étrangers. « Les structures intermédiaires doivent être pensées comme des 'tremplins' vers l'accès au droit commun, mais dans ce contexte, l'hôpital tel qu'il est aujourd'hui reste un espace d'exclusion » (*ibid.*, p. 135), ce qui représente au bout du compte une défaite de la justice sociale. Réserver des interventions à certains groupes risque d'avoir pour effet paradoxal de produire une stigmatisation et de renforcer la ségrégation sociale, plutôt que de réduire l'exclusion. Le deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion publié en 2003 est d'ailleurs mitigé : le dispositif, où il existe, fonctionne bien dans l'ensemble, l'accès aux soins de santé est plus grand, mais le dispositif n'est pas encore généralisé.

Timidement encore, les établissements hospitaliers mentionnent leur mission sociale dans le corps de leur projet d'établissement. L'appropriation par l'ensemble de la communauté hospitalière d'un objectif de lutte contre la précarité dans l'accès aux soins serait facilitée par l'insertion d'un chapitre social au sein du projet d'établissement (Barberye, et coll., 2003 : 44).

La CMU a amélioré de manière significative l'accès aux soins des personnes défavorisées (Observatoire, 2005) et la création des PASS a favorisé l'accès aux structures communes de soins²³ et contribué à réduire l'activité des centres de soins gratuits des associations humanitaires (Médecins du Monde, 2004). L'accès aux soins demeure toutefois pro-

22. Tout comme la maladie grave et l'impossibilité de poursuivre ses traitements dans son pays d'origine ont permis aux étrangers en situation irrégulière d'obtenir une autorisation provisoire de séjour et avoir accès à des soins (Fassin, 2001).

23. On comptait 364 PASS en 2003.

blématique pour un grand nombre d'individus qui rencontrent différents obstacles : couverture financière incomplète, accessibilité géographique, méconnaissance des services, discrimination des médecins et des intervenants, refus de se retrouver dans un dispositif d'assistance qui est dévalorisant, nécessité d'être accompagné. De plus, une situation de grande précarité fait en sorte que les individus qui la vivent ont d'autres priorités que la santé (trouver un toit, se nourrir), qu'ils ne consultent que dans les situations d'urgence et que leur situation (particulièrement l'absence de logis) est peu propice au traitement et à son suivi (Lanzarini, 2000 ; Ferreira, 2004 ; Parizot et Chauvin, 2005 ; Thelen, 2006). Tout comme les centres de soins gratuits des associations humanitaires, les PASS vont jouer ici un rôle d'intermédiaire indispensable :

Les personnes désocialisées trouvent dans cette sociabilité un peu de la chaleur humaine, du respect et de l'écoute qu'elles ont perdus par ailleurs. Ce type de rapports ouvre par ailleurs un espace au sein duquel les personnes peuvent parler d'elles-mêmes, de leur passé, de leurs soucis comme de leurs projets en dehors des règles de « présentation de soi » imposées par les contraintes du travail social ou médical. Les relations affectives tissées avec les membres des personnels autorisent en ce sens une consolidation de l'identité personnelle et sociale (Parizot, 2003 : 123).

Mais si l'intervention des associations était adaptée aux personnes les moins favorisées ? Si elle était nécessaire pour que les individus aient accès aux structures publiques, et y reviennent ? Ne faut-il pas aller au devant de ces populations, avec d'autres moyens (plus mobiles), d'autres approches (plus adaptées) ? Outre qu'elles ont favorisé une certaine évolution ou adaptation des structures publiques, les associations humanitaires se sont révélées relativement efficaces et innovantes dans la prise en charge des personnes en difficultés. La mise en place de dispositifs d'accueil dans les hôpitaux publics a tiré profit de l'expérience du travail des associations (Parizot, 2003).

La création de dispositifs propres aux « exclus » soulève un second enjeu : celui d'aller à la rencontre des personnes les plus démunies et d'établir avec elles une relation en matière d'aide et de soins. La fréquentation des PASS, observe Parizot, peut être ponctuelle, elle est alors limitée dans le temps et la recherche de soins ; elle peut aussi être régulière, les personnes étant prises en charge tant sur le plan médical que social. Enfin, elle peut être instable, les patients refusant de s'investir dans une démarche médicale et sociale stable (Parizot, 2003). Ce qui distingue ces différents modes de fréquentation, c'est le degré d'acceptation des conditions et de la prise en charge (la relation d'assistance),

avec ce que cela implique pour l'image de soi et le type de relation avec les services et les soignants. Les fréquentations ponctuelles et discontinues peuvent être marquées d'un certain pragmatisme ou d'une instrumentalisation des services, ou encore d'un sentiment d'humiliation et de gêne, tandis que la fréquentation régulière traduit, à l'inverse, une acceptation de la prise en charge, dont on fait progressivement l'apprentissage ou qui est revendiquée comme un droit (*ibid.*). Un recours ponctuel et pragmatique, en gardant ses distances et en refusant de s'impliquer dans l'aide proposée, évite de percevoir sa situation comme un échec. Une utilisation parfois opportuniste des services sans souscrire aux objectifs d'insertion, permet aussi de continuer à vivre de la manière dont on l'entend. À la honte et à l'humiliation, on peut réagir en prenant ses distances avec les normes sociales et institutionnelles, en refusant le contrôle social et moral²⁴. Mais, quels que soient l'attitude et le mode de fréquentation, la personne doit toujours justifier à ses propres yeux le fait de recevoir de l'aide : elle verra dans les soins de santé un droit, qu'elle peut non seulement accepter, mais revendiquer (certains patients deviennent même exigeants et parfois agressifs dans leur revendication²⁵) ou elle les inscrira dans l'ensemble des démarches faites pour s'en sortir, etc. (*ibid.*) L'approche rend ainsi plus acceptables la relation d'assistance et le recours à ces dispositifs de soins.

L'assistance sociomédicale représente en effet une expérience stigmatisée, conduisant en cela à une trajectoire institutionnelle particulière. Ce n'est que lorsque le patient accepte sa position dans le système médical assistanciel qu'il peut bénéficier d'une intervention régulière et s'investir dans des rapports personnalisés avec les médecins et les soignants. La capacité des individus à négocier les contraintes de la dépendance, comme les modes d'adaptation et de rationalisation de cette expérience discréditée, n'est pas figée. L'analyse a montré le caractère évolutif de ces dimensions. (Parizot, 2003 : 252.)

Comme l'observent Parizot et Ferreira, dans les centres de soins gratuits et dans les PASS cette relation d'assistance devient possible et

-
24. « L'acceptation de la marginalité peut notamment correspondre à l'adaptation individuelle à une biographie marquée par l'échec social et la stigmatisation, et représente dans ce cas un moyen de vivre à l'écart des exigences imposées par la société et de fuir le regard d'autrui. [...] L'absence quasi totale de projets « réalistes » (selon leur propre point de vue, et celui des professionnels) d'insertion dans une société qu'elles rejettent et dont elles se sentent rejetées aboutit à une inadaptation aux normes institutionnelles » (Parizot, 2003 : 144).
25. « L'agressivité constitue parfois l'un des rares moyens qui reste à des individus désocialisés de demander écoute et respect ; et la provocation systématique, celui de s'affirmer en tant qu'être humain, de résister aux humiliations qu'ils ressentent » (Parizot, 2003 : 131).

acceptable par le malade en raison de l'approche et du type d'aide, et plus largement du statut qui lui est accordé. Dans l'univers humaniste, qui domine dans les centres de soins gratuits, l'aide déborde les soins, on entend apporter un réconfort affectif en s'impliquant dans une relation empreinte de compassion, de respect et d'affection ; la qualité de la relation est au centre de l'intervention. La relation se fonde sur la dignité humaine reconnue au patient et qui lui permet de dépasser sa condition d'assisté. « En schématisant, on pourrait dire que ce n'est pas en tant que 'pauvre' qu'il bénéficie d'une aide, mais en tant qu'être humain en souffrance. » (Parizot, 2003 : 259) Le malade acquiert une identité d'être humain digne à ce titre d'être aidé. La relation personnalisée, où la confiance, l'intimité et l'affectivité entrent en ligne de compte, change également la signification de l'assistance. Dans l'univers médical des PASS, le travail social, comme le soutien moral et émotionnel aident également à supporter les contraintes d'un suivi thérapeutique : le statut du malade et le sens de sa démarche prennent un autre sens, puisqu'il devient une personne malade, « ayant droit à ce titre, comme tout citoyen, aux services de l'hôpital public » (*ibid.*, p. 256). C'est au nom d'un droit d'accès aux soins reconnu à tous les Français que l'on consulte ; l'identité de « personne malade » n'est pas stigmatisante ou honteuse, elle facilite la prise en charge²⁶. Comme le note Claudine Lanzarini : la maladie permet d'obtenir une reconnaissance, c'est une demande légitime, un problème reconnu et sur lequel les professionnels interviennent. Le sous-prolétaire qui présente une maladie est reconnu comme citoyen. « Le corps [...] est aussi un passeur, un outil de médiation. Présenter son corps constitue une porte d'entrée à l'expression de la souffrance sociale » (2000 : 200).

Le troisième enjeu auquel on est conduit, et qui intègre les deux premiers, est la finalité de ces centres et dispositifs d'assistance. De ses observations dans un centre de soins gratuits, Ferreira (2004) conclut : « Le personnel bénévole croit peu aux possibilités d'intégration de ceux qu'il accueille, surtout quant il s'agit des immigrants en situation irrégulière. Pourtant, malgré tous les obstacles, ces bénévoles sont toujours là et cherchent à donner des formes de légitimité à un travail qui, dans bien des cas, ne peut fournir une aide concrète aux patients » (p. 342).

26. Ferreira (2004), pour sa part, distingue deux logiques auxquelles les professionnels se réfèrent simultanément : une plus « professionnelle », centrée sur les actions et les savoirs mis en œuvre, qui procure une légitimité, et l'autre plus « relationnelle » centrée sur la mission morale et sociale, valorisant l'écoute et apportant une reconnaissance sociale.

Mais, elle ajoute un peu plus loin : « Supprimer ces services aboutirait à priver un grand nombre de personnes d'accueil social et de soins » (p. 346).

Isabelle Parizot en arrive à des conclusions semblables, sans en tirer, elle non plus, un constat d'échec. Si l'accueil ne conduit pas toujours à un retour dans le système de droit commun, encore moins à la sortie de l'exclusion, les centres sont des lieux de production de soins, ils permettent de tisser des liens, d'établir une relation de soutien, qui donne à la solidarité un visage, une incarnation. Ferreira parle de réparation, de restauration de la dignité par l'écoute, le réconfort, le soulagement de la souffrance. Cela ressemble à ce que Serge Clément et ses collaborateurs (1998) ont observé à Toulouse et appelé « approche » (ou « accroche »), répondant à un désir de nouer un contact avec les gens sans soutien, abandonnés, sans toutefois leur imposer une action à laquelle ils risquent de mal réagir. L'objectif affiché n'est pas seulement ni toujours prioritairement de donner des soins, mais de créer du lien, la santé pouvant même être un prétexte pour « renouer le lien social », pour les aider à surmonter les échecs, à formuler un projet et à se réinsérer progressivement. Cet objectif est non seulement celui des associations, mais aussi celui des dispositifs étatiques et de la santé publique²⁷.

Il ne s'agit plus seulement de faire collaborer ensemble différentes organisations (hôpital, municipalité, association) ou différents intervenants (médecins, travailleurs sociaux). La nature même de l'aide relève à la fois du social et du sanitaire : les soins (ou *care*) prennent la forme d'une relation et d'une écoute qui exigent une certaine attitude en plus des compétences médicales²⁸. Si l'intervention sociale favorise l'accès aux soins, les soins favorisent l'accès au social, puisque c'est au nom de la santé que s'effectue cette prise en charge. La santé est un droit, et l'institution de santé devient un moyen pour nouer des liens, tisser des relations, redonner des droits. Bien des demandes ne sont pas médicales et beaucoup de demandes médicales ne sont pas des urgences ; il s'agit

27. Voir le dossier rassemblé par le Haut comité de santé publique (1994).

28. Outre l'empathie et l'écoute, il faut interpréter les silences, accepter les secrets ou les mensonges des personnes en situation irrégulière, être prêt à entendre des récits de souffrance, des histoires marquées par la violence. Il faut être patient, tolérant, accepter des comportements déviants et parfois agressifs tant qu'ils ne perturbent pas le fonctionnement du centre (Ferreira, 2004).

d'avantage de souffrances physiques et morales à soulager, que de corps à guérir.

L'objectif d'insertion n'est cependant pas clair. Le droit à la santé est imprescriptible ; selon la raison humanitaire, il n'est pas conditionnel à une volonté d'insertion. Mais, pour un bon nombre de bénévoles, cette aide et ces liens ne sont possibles que si le patient est prêt à fournir une contrepartie, soit accepter l'aide, intérioriser les normes, adopter certains comportements, consentir au suivi, chercher aussi à changer sa situation et à s'en sortir. Ferreira (2004) observait que les bénévoles refusaient de soigner les étrangers de passage en France (les « touristes »), que l'aide était conditionnelle au désir de s'intégrer à la société française et non uniquement de profiter de ses ressources. Ce qui nous ramène à la citoyenneté. Si la raison humanitaire permet de rejoindre ceux qui sont privés de droits, elle ne conduit pas à un accès complet et sans limite aux soins ; elle exige, sinon la pleine citoyenneté juridique, une volonté d'intégration et d'insertion. Ce point est d'autant plus important que les étrangers sont en voie de devenir la majorité des personnes qui fréquentent les centres²⁹.

Hospitalité et exclusion : les sans-abri

Nous venons de voir comment l'expression d'une demande, toute ponctuelle et incertaine soit-elle, peut trouver une réponse, comment la reconnaissance et l'exercice des droits peuvent également être facilités. Pour autant, d'autres difficultés se posent avec les personnes dites « exclues ». Avec les personnes sans domicile fixe (SDF), l'assistance peut également se bâtir autour de silences, de l'absence de demandes et d'une reconnaissance ambiguë des droits et des personnes. « SDF » est d'ailleurs une catégorie regroupant des personnes vivant des situations très diverses : les étrangers sans papiers ni toit, les jeunes marginaux, des femmes victimes de violence avec leurs enfants, et surtout ceux que l'on appelle les clochards, qui sont dans la rue depuis plus longtemps, et auxquels on s'est surtout intéressé en raison de leur marginalisation et de la difficulté à les « réintégrer » à la société. À leur sujet, on parle parfois de la « grande exclusion ».

29. Selon une étude, les étrangers constituaient en 2003 également la majeure partie de la clientèle des PASS. (www.santé.gouv.fr/dossiers/pass/documents/synthèse.pdf, consulté le 12 janvier 2005.).

L'intérêt pour les SDF et son inscription à l'agenda politique, estime Julien Damon (2002), sont liés à la montée de la thématique de l'exclusion, dont les SDF sont la figure par excellence. Ce qui a provoqué cet intérêt n'est pas tant l'augmentation de la pauvreté ou la crise du logement, qu'une visibilité plus grande des SDF en raison de la transformation morphologique des villes, en même temps qu'une sympathie et une indignation de l'opinion publique, entretenue par des groupes de pression. Mais la compassion du public comme l'aide de l'État ne sont pas sans ambiguïté. Dans l'effort même d'assistance pour les sortir de la rue ou soulager leurs souffrances, il y a mise à distance et relégation hors de l'espace public. Une exclusion des personnes marginales, différentes et dérangeantes, parfois involontaire et inavouée, parfois aussi délibérée.

Ainsi, la présence des sans-abri dans l'espace de la ville est problématique. Outre les mesures touchant directement le logement (construction, réparation et salubrité), deux articles de la Loi relative à la lutte contre les exclusions font spécifiquement référence aux « personnes sans domicile fixe » ou aux « citoyens qui ne peuvent fournir la preuve d'un domicile ou d'une résidence » : le non-paiement du timbre fiscal pour la carte d'identité française (c'est désormais gratuit pour tous) et de l'inscription sur les listes électorales. La Loi permet aussi aux associations de domicilier les sans-abri, afin de pouvoir effectuer des démarches administratives (demande de RMI ou d'autres formes d'aide). Ces mesures permettent en principe aux individus, tant l'accès à la *place* publique (ils sont des habitants reconnus de la commune), qu'à l'*espace* public (ils peuvent participer aux débats politiques, ils sont officiellement des citoyens à part entière). Mais parallèlement à celles-ci, à l'échelle locale, d'autres mesures visent à les chasser de la place publique. Il s'agira, par exemple, de rabotage de fontaines pour empêcher de s'y asseoir, d'arrosage de pelouses le soir pour éviter qu'on y dorme la nuit, d'ajout d'accoudoirs au milieu des bancs publics pour empêcher de s'y allonger (Terrolle, 2004), ou alors, pour les « autres » citoyens, de demander le déplacement des accueils de jour pour éviter la trop grande concentration d'une population dérangeante (Ferreira, 2004). Une autre série de mesures vise explicitement à réduire la mendicité durant les périodes estivales pour que celle-ci ne vienne ternir le paysage urbain des vacanciers. Certaines villes de France ont demandé la révision de la décriminalisation du vagabondage sur la place publique, par l'application de certains arrêtés anti-mendicité (Damon, 2002 ; Hassin, 1996). Les mesures d'intégration ou d'inclusion sociale sont pour ainsi dire

contredites par des mesures d'expulsion de la place publique, des mesures pour rendre les SDF invisibles. Ceux-ci dérangent par leurs comportements (manger, boire, se laver, uriner, dormir, à la vue de tous), par leurs corps sales, malades et malodorants. Ils « salissent » la place publique, et peut-être surtout, ils sont un constant rappel de l'existence de la pauvreté et des inégalités. La volonté d'intégrer et d'accueillir se double d'une volonté contraire de maintenir à distance, de contenir, voire de punir.

Semblable contradiction a été reprochée au Samu Social. Ses équipes mobiles, composées d'un infirmier, d'un travailleur social et d'un chauffeur, sillonnent les villes à la rencontre des personnes qui dorment dans la rue, qui semblent en détresse et ne demandent aucun secours, pour évaluer leur état et les orienter vers un centre d'hébergement pour la nuit. Alors que la « maraude » vise à « créer un lien avec la personne pour tenter de la sortir de sa situation d'extrême pauvreté³⁰ », que l'intervention doit toujours se faire avec le consentement de la personne, et que le « contact » se veut empreint de respect, on y a vu aussi un moyen d'enlever les sans-abri des lieux publics. D'abord animé par une réelle solidarité, le « ramassage » comme on l'appelle parfois, pourrait ressembler à un « nettoyage », lorsque l'intervention répond aux appels de résidents signalant la présence d'un sans-abri dans leur voisinage (Terrolle, 2004).

Ce n'est pas la seule ambiguïté des mesures d'assistance aux sans-abri. Les structures d'hébergement temporaire sont traversées par une tension entre, d'une part le secours et l'accueil, et d'autre part la contrainte et la normalisation. L'aide et l'hospitalité sont toujours *in fine* conditionnelles. Ainsi, l'accès aux Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)³¹ est lié non seulement au respect des règles de l'établissement, dont on peut être exclu si on y déroge, mais aussi à l'obligation de s'inscrire dans un « projet d'insertion », d'entreprendre une démarche afin de se sortir de la rue, de se trouver un logement et du travail. Le refus de se soumettre à un tel contrat relègue souvent la personne aux hébergements d'urgence ou aux asiles de nuit. L'hébergement est toujours conditionnel, puisqu'il faut se soumettre à divers règlements (ne pas être soûl, arriver avant 18 h et repartir avant

30. www.samusocial-75.fr, consulté le 12 janvier 2005.

31. Ce sont des structures offrant un hébergement de six mois, renouvelable. L'hébergement s'accompagne d'un projet de réinsertion de la part du demandeur pour permettre son acceptation (voir Damon, 2002 ; Teissonnières, 2003).

6 h, se doucher, ne pas avoir d'animal), mais surtout il permet de soustraire la personne de la place publique en la cantonnant, pour quelques heures, dans un espace fermé et caché, où elle est exposée à la violence et au vol, où il lui est difficile de dormir et de reprendre des forces³². L'hypothèse que l'hébergement répond à une volonté de sélection et de discipline est confirmée, à mots couverts, dans le projet de loi relatif à la lutte contre les exclusions quand ce dernier dénonce « la persistance de comportements d'écroulement, c'est-à-dire de sélectivité à l'entrée des structures d'hébergement, ce qui peut renforcer certains processus d'exclusion de fait, en particulier à l'égard des alcooliques, des toxicomanes, des personnes présentant de sérieux troubles du comportement et des étrangers en situation irrégulière. » (art. 81)³³ Semble se perpétuer la dichotomie fort ancienne entre « bons » et « mauvais » pauvres, actualisée ici entre « les volontaires de leur réinsertion » et les « autres », une dichotomie elle-même inscrite dans la permanence des moyens de lutte contre la mendicité, et ce, depuis le Moyen-Âge (Teissonnières, 2003 ; Gaboriau, 2004). Se fait, au moins implicitement, une distinction entre les « réinsérables » et ceux qui ne sont pas « récupérables » (Eysermann, 2005), semblable à la distinction dans les centres de soins gratuits entre ceux qui veulent s'intégrer et ceux qui ne le veulent pas.

L'hébergement ne semble remplir souvent qu'une fonction d'asile à court terme, induisant l'amorce de ce que certains appellent « une carrière institutionnelle » décrite comme « le jeu des chaises musicales avec l'ensemble du champ de la prise en charge » (Declerck, 2003 : 340), soit une « espèce de noria avec cette ronde incessante entre les différentes structures d'hébergement » (Hassin, 1996) ; une instabilité qui ne fait qu'aggraver les problèmes de santé mentale et physique et contribue à la déstructuration ou à la fragilisation de la personnalité. C'est une aide d'urgence, qui panse les blessures, mais qui maintient dans la rue. Une aide à laquelle s'ajoute une multitude d'autres mesures ou actions visant, sinon la sortie de la rue, l'adoucissement des conditions de vie dans la rue. Par exemple, le Secours Catholique a des accueils dits mobiles qui partent à la rencontre de cette population la plus désocialisée en vue de faire un travail d'information sur les aides disponibles,

32. On trouvera chez Declerck (2003), Lanzarini (2000) et Thelen (2006) une description des asiles, de la violence qui y règne et de leurs effets sur les personnes.

33. On trouve en outre ces propos dans le rapport Théry (1996) sur la mise en œuvre du dispositif hivernal d'accueil et d'hébergement d'urgence. (www.senat.fr/rap/197-45011/197-45011132.html#fnref45, consulté le 1^{er} novembre 2006.)

que ce soit sur le plan des droits ou des soins. Accueil qui, à Marseille, ville du Sud de la France, commencent de façon officielle en 1995. Mais le rôle de ces associations, aux dires de Teissonnières (2003 : 106), sera surtout « d'absorber une population gênante voire indésirable », celle des plus exclus, pour lesquels on ne caresse plus l'espoir même tenu d'une quelconque réinsertion. Comme pour le Samu social, c'est la logique de l'urgence qui domine, avec souvent de faibles résultats sur le plan de l'insertion et de la réduction de la misère.

Cette ambiguïté ou tension de l'assistance entre accueil et mise à distance est perceptible jusque dans les conduites et les gestes des intervenants, qui oscillent entre *attraction* et *répulsion*. Devant les corps sales, malodorants, présentant des plaies béantes ou mal soignées, couverts parfois de leur déjection, devant ces individus parfois à demi conscients, soûls, agressifs ou fuyants, les intervenants seront ambivalents : leur volonté d'aller vers l'autre, de l'aider, de le soigner, de l'écouter simplement, est réfrénée par la peur et la répulsion, qui sont inavouables. Le corps instaure une frontière, une distance infranchissable. Si la misère suscite compassion et pitié, elle provoque aussi une distanciation et une protection. Pour les bénévoles du Secours Catholique à Marseille, la gestion de l'altérité, est solutionnée en écourtant l'intervention et par divers gestes pour se préserver de la salissure (Eysermann, 2005). On touche ici aux limites sensibles de l'aide. Des limites ou contradictions dont les discours des associations font rarement état (préférant insister sur l'accueil inconditionnel de l'autre), mais qui sont bien réelles.

La situation qui remet en question l'assistance de la façon la plus radicale demeure toutefois le *refus* de l'aide. Non seulement le SDF refuse de faire les démarches pour obtenir le RMI ou faire valoir ses droits, refuse de respecter les règles du centre d'hébergement, mais il refuse l'aide visant à satisfaire les besoins les plus élémentaires : refus de nourriture, refus d'être hébergé malgré le froid ou les dangers, refus de se faire soigner ou refus même de parler. Il arrive également que l'aide matérielle soit acceptée, pour ensuite être détournée à d'autres fins, voire revendue (vêtements, nourriture). Plus largement, l'intervention bute sur un refus de sortir de la rue, à tout le moins de faire les démarches proposées en ce sens. Mais l'écart entre ce qui est offert aux personnes sans-abri et ce qu'elles demandent ou désirent n'est jamais aussi grand que dans les comportements de vandalisme, lorsque les objets ou la nourriture sont jetés, les dortoirs des centres d'hébergements saccagés. Ce n'est plus seulement une question d'inadéquation entre « l'offre et la demande », mais la confrontation à une conduite qui

apparaît totalement incompréhensible aux autres et qui met en échec l'assistance. Venus aider, les intervenants sont parfois les témoins impuissants d'une aggravation des situations. Ils sont pris dans une tension (Hassin, 1996) entre une attitude attentiste, prenant en compte la liberté de choix et l'autonomie de la personne, et la volonté d'agir pour ne pas l'abandonner à son sort ; tension jamais résolue (Eysermann, 2005), qui remet sans cesse en question l'effort même de lutte contre l'exclusion sociale. Le refus est déstabilisant, et parfois même douloureux pour ceux qui offrent l'assistance : il les confronte à leur impuissance (Furtos, 2003). Que faire devant l'absence de demande ou le refus ? Faut-il aller au-devant de celui qui souffre ou se retirer et renoncer à l'aider ?

Le refus de l'aide va donner lieu à de multiples tentatives d'explication de cette conduite *incompréhensible* pour les acteurs de l'aide. Elles ont d'abord porté sur le sans-abri, sa psychologie, son rapport à soi et aux autres, son rapport au temps et au monde, la psychose que produit la vie dans la rue (Declerck, 2003). Ainsi, Furtos, qui a mis sur pied une clinique spécialisée, distingue neuf étapes d'un processus de désocialisation, qui conduit la personne non seulement à cesser toute demande d'aide, mais à son « auto-exclusion » : inhibition de la pensée et des émotions ; anesthésie partielle du corps ; troubles du comportement et violence ; rupture avec la famille et les proches ; diminution/abolition de la honte ; incurie ; diminution/abolition de la capacité de demande ; incommunicabilité ; mort prématurée par refus de l'aide et des soins (Furtos, 2005, p. 21-24). La notion de souffrance psychique est ici largement mobilisée. D'autres explications ont plutôt porté sur l'organisation de l'aide et sa nature, sur le décalage entre l'assistance, qui demande de se projeter dans l'avenir et de faire preuve de bonne volonté, et des personnes centrées sur le temps présent et la survie (Girola, 2005). Elles soulignent les contradictions entre les règles et les attentes des programmes d'insertion, et les préoccupations et les besoins immédiats des personnes, et le peu de place faite à leurs projets et à leurs désirs (Lanzarini, 2000) ; elles ciblent le fonctionnement des institutions, qui obligent les personnes à raconter leur histoire et leur malheurs et ainsi à exposer leur vie au regard des autres, en échange de l'aide ou du refuge (Thelen, 2006) ; elles montrent pourquoi les sans-abri en viennent à fuir les institutions.

L'assistance se heurte à l'écart entre les attentes du sans-abri et celles que l'intervenant anticipait, ou encore à l'absence d'attentes formulées auxquelles on pourrait répondre. L'aide nécessaire est devenue ou supposée par les intervenants qui doivent penser à la place de

la personne qui ne demande ni ne dit rien. La relation que l'on cherche à établir repose dès le départ sur une ambiguïté. On oscille entre l'identité complète (« il est comme moi, je comprends ses besoins et devine sa demande ») et l'altérité complète (« il est radicalement différent, il souffre de problèmes psychiatriques ou il est dans un état de désocialisation tel que la communication est impossible »)³⁴. Deux manières de ne pas l'entendre. La tension entre identité et altérité, au centre de tout lien social, est ici en quelque sorte radicalisée. Au refus de la majorité des citoyens de s'identifier entièrement aux sans-abri et de les inclure complètement, en leur offrant une assistance tout en les chassant de la place publique, semble répondre un refus d'appartenance des sans-abri à une société qui ne leur offre qu'une position d'assisté, subordonnée et honteuse (De Gaulejac, 1996). À l'ambiguïté des pouvoirs publics et à l'ambivalence des intervenants, répondent les hésitations ou les conduites d'évitement des SDF, leurs comportements incompréhensibles et leur refus de l'aide.

Toutes les interventions auprès des sans-abri ne conduisent certes pas à l'échec. Les dispositifs sont aussi variés que le « public » visé est hétérogène. Les contradictions et les impasses où ces actions parfois conduisent, nous éclairent cependant sur la relation d'assistance et la forme d'inclusion qu'elle rend possible. La lutte contre l'exclusion sociale en France, c'est d'abord permettre à tous le plein accès à leurs droits et ainsi de (re)devenir des citoyens à part entière. Mais, que veulent dire ces droits quand leur reconnaissance se double du maintien d'une mise à distance, quand d'un côté on les accorde et de l'autre on les retire ? Que veulent dire ces droits quand leur exercice est conditionnel ? La lutte contre l'exclusion c'est aussi vouloir infléchir le parcours des individus et contrer leur sentiment d'impuissance, les « mobiliser » et les responsabiliser dans une démarche d'insertion. Mais, que veut dire se mobiliser et reprendre en main son destin, quand l'aide offerte ne correspond pas aux demandes et les réponses ne répondent pas aux questions ; quand les individus n'ont pas d'identité repérable et ne veulent pas de celle qu'on leur propose ; quand leurs conduites, leurs refus et leurs désirs demeurent incompréhensibles aux intervenants, et qu'ils

34. La médicalisation des sans-abri comme on l'observe aux États-Unis est une autre façon de tenir l'autre – et sa parole – à distance. On explique leurs comportements déroutants, leur refus de l'aide ou de l'amélioration de leur situation, par une psychopathologie, ce qui a pour effet de décourager toute intervention autre que psychologique ou psychiatrique (Lyon-Callon, 2000).

demeurent ainsi hors de la communication et du *sens commun* ? Pendant longtemps le Code pénal en France qualifiait les « vagabonds » de *gens sans aveu* (Vexliard, 1956 : 18), pour dire qu'ils sont sans attache sociale, qu'ils n'appartiennent à aucun groupe, qu'ils ne doivent rien à personne et ne sont protégés par personne. Être « sans aveu », c'est n'être lié par aucun serment de fidélité, ne s'être engagé auprès de personne. Cette expression – « sans aveu » – résonne aujourd'hui différemment, elle évoque la difficile communication, l'absence de confession de son histoire ou de volonté de s'en sortir ; le refus en somme de s'insérer ou de se conformer, d'engager sa parole. Elle prend un sens plus individualiste, plus moral. C'est toujours être sans attache, en étant hors du sens – du sens commun, celui des autres.

À propos des personnes les plus désocialisées, plusieurs auteurs insistent sur l'importance de restaurer leur appartenance « à la commune humanité », comme le dit Jean Furtos (2005 : 22) avant de penser seulement à la réinsertion. Elles connaissent « une fragilisation généralisée de leurs bases anthropologiques » : sécurité et intégrité physique, satisfaction alimentaire, alternance de l'activité et du repos, sociabilité, espace physique et horaire stables, autonomie relative et espace privé (Lanzarini, 2000 : 56). C'est à la restructuration des paramètres vitaux de l'existence qu'il faut travailler : les aider progressivement à recouvrer la parole, à surmonter leur méfiance et l'insécurité, à raconter et à se rapprocher leur histoire et leur propre nom (Peraldi, 2006), à imaginer un avenir, à surmonter la honte, la désespérance et le sentiment de n'intéresser personne (Maisondieu, 2001), à soigner un corps qu'elles ont dénié, à réapprendre le fonctionnement de la vie sociale et à ne pas redouter ses exigences. La demande à satisfaire est d'abord une demande de reconnaissance, le « désir de voir reconnue sa singularité », la valeur de son existence, estime Renault (2003), afin de surmonter l'image négative que l'on peut avoir de soi, et qui conduit à la honte, à la souffrance et à la violence. Il faut pour cela du temps, gagner la confiance des personnes, faire une place à leurs projets et à leurs désirs, plutôt que leur imposer un avenir (Lanzarini, 2008), les laisser libres de parler et de se raconter, sans chercher à savoir tout de leur histoire, ni même à les comprendre. Si c'est dans les relations à autrui et les rapports aux institutions (Paugam, 2000), marqués par l'échec, la privation, le déni de reconnaissance, que s'exerce la violence et que se perdent le respect de soi et la confiance (la famille, l'école, le travail ou le logement dont on est exclu), c'est dans de nouvelles relations et de nouveaux rapports aux institutions que l'on peut rebâtir une image positive de soi et trou-

ver la reconnaissance. Il s'agit non seulement de reconnaître des droits et d'offrir des services, mais de transformer les institutions, les normes et les attentes. Ces observations rejoignent le plaidoyer de Clément, Drulhe et Mantovani (2004) en faveur d'une souplesse dans les approches et les cheminements proposés aux sans-abri, ainsi que dans les formules d'hébergement. Il faut imaginer et expérimenter des formules qui laissent une place à l'autonomie des personnes, et permettent le développement de formes variées de liens sociaux et de vie communautaire. Plutôt que de poursuivre un seul modèle d'intégration (avoir un logement et un emploi), il faut envisager divers modes d'insertion, qui correspondent à des besoins, des capacités et à des désirs qui varient beaucoup. Habiter et s'insérer autrement³⁵.

CONCLUSION : LE SUJET DE L'ASSISTANCE

« Paradigme d'explication des mutations sociétales » (Paugam, 1996) ou « métamorphose de la question sociale » (Castel, 1995), la notion d'exclusion sociale en France est liée à une lecture des transformations de la société centrée, d'une part sur les droits et les protections sociales garantis par l'État, et d'autre part sur les formes de déliaisons et de ruptures que vivent les individus. Mais le discours sur l'exclusion ne s'est pas limité à une lecture des transformations de la société française, il fut aussi et simultanément une politique d'« accès aux droits » et un déploiement de dispositifs d'aide devant permettre aux individus de sortir de l'exclusion.

Discours et politiques cependant, qui ne sont pas sans ambiguïté ni contradiction, nous l'avons montré. Si, dans les textes de loi, la sortie des individus de la précarité et de l'insécurité est d'abord reconnue comme une responsabilité de l'État, dans les interventions la responsabilité tend souvent à être imputée aux individus. Si les politiques françaises de lutte à l'exclusion obéissent à une logique des droits et à un projet solidariste, elles sont aussi traversées par des logiques d'exclusion et de mise à distance. Si les droits sont clairement affirmés, leur reconnaissance demeure conditionnelle : elle présuppose souvent la citoyenneté ou la régularisation de la situation, elle implique toujours, pour les « exclus », même dans les situations d'urgence et l'action humanitaire,

35. Les formes de partenariat, de collaboration et de délégation du pouvoir entre l'État, l'administration locale et les associations sont ici déterminantes quant à la capacité des acteurs d'expérimenter et de diversifier les approches.

une volonté de s'intégrer, de vouloir changer leur situation, d'adopter certains comportements, d'entreprendre certaines démarches ; elle repose sur une certaine « normalité » dans la conduite, les attitudes, l'apparence, la manière de communiquer, soumise à l'appréciation par ceux qui apportent l'aide. Penser l'exclusion par les droits permet de penser le rôle de l'État et le statut social des personnes, la place qui leur est accordée dans la société française, mais laisse malgré tout ouverte la question de la citoyenneté, de l'intégration et ce qu'elles recouvrent.

Ainsi, reconnaître un « droit à la santé » évite de mettre tout le poids de la responsabilité sur les individus, de leur reconnaître un statut ou une dignité, de justifier une action et ainsi d'amorcer une intervention. La maladie confère en effet des droits (minimaux), légitime une aide, et réduit l'humiliation ; elle permet d'attirer l'attention sur une réalité, une misère, des malheurs ; elle est le prétexte pour amorcer une action, coordonner des interventions. On ne doit cependant pas trop attendre des interventions touchant la santé, qui ne peuvent à elles seules recréer des liens sociaux durables et l'insertion des plus marginalisés, encore moins assurer une pleine citoyenneté, l'exercice de l'ensemble des droits. La santé n'est d'ailleurs souvent qu'une porte d'entrée, l'occasion pour nouer un premier lien, avec le risque toujours de médicalisation ou de sanitarisation des difficultés éprouvées par les individus, de réduire ces derniers à leur « déficits » et « handicaps » (physiques et psychologiques) et ainsi de les invalider davantage. Dévoiler sa fragilité, exposer ses souffrances en échange de soins ? Le risque est également celui de la mise sur pied de services et de dispositifs spécifiques pour les plus marginalisés, créant ainsi des catégories spécifiques de bénéficiaires de l'aide, et partant, de citoyens.

Quant à la vision de l'exclusion comme l'aboutissement d'un parcours fait de ruptures, et dont le SDF est une figure exemplaire, elle met en évidence les difficultés quotidiennes, l'histoire, les blessures et les souffrances des individus, notamment sur le plan de l'image de soi. Elle permet aussi jusqu'à un certain point d'en faire la critique, en attirant l'attention sur les rapports sociaux d'exclusion dans les interactions, les politiques et même dans la relation d'aide et de services, comme en témoignent plusieurs travaux que nous avons cités. Mais, elle risque de faire perdre de vue la société dans son ensemble, la manière dont elle se segmente et relègue des groupes à la marge, comme certaines analyses avaient pourtant cherché à le montrer (Castel, 1995 ; Donzelot, 2003 ; Autès, 2000). Elle ne permet pas toujours de penser

comment, dans une société, le centre construit aussi ses marges, reconnaît et récupère des pratiques déviantes dans un double mouvement d'intégration et de mise à distance, en les maintenant dans des espaces séparés, où l'on demeure exclu des échanges, de la parole et du sens³⁶. Elle ne permet pas de penser comment la pauvreté et la précarité peuvent conduire à une nouvelle forme d'exclusion statutaire, que les sociétés démocratiques et de droits pensent avoir abolie. L'assistance produit en effet un statut, celui d'assisté et d'« exclu », par la position qu'elle assigne aux individus, les droits qu'elle leur reconnaît (ou non) et la manière dont ils finissent eux-mêmes par percevoir leur situation et exprimer leur souffrance. La prise en charge médicale des personnes l'a bien montré (notamment dans l'embarras des ONG à maintenir leur dispositif) : l'assistance a pour effet de préserver un certain ordre social autant qu'à modifier la condition des assistés. La lutte contre l'exclusion ressemble alors à une gestion des « exclus », comme le redoutaient les auteurs du Manifeste contre l'exclusion.

Mettre en relief les ambiguïtés de l'assistance tout comme les limites dans la capacité d'entendre, ne vise pas à disqualifier toute forme d'intervention, mais à réfléchir sur les difficultés contre lesquelles se butte la lutte contre l'exclusion sociale. L'assistance est en elle-même toujours problématique. « Comme toute action institutionnelle, écrit Parizot, elle affecte les identités des individus qui en bénéficient. [...] Tous les travaux portant sur le recours à l'aide sociale insistent sur son caractère disqualifiant : il concrétise l'incapacité des individus à pourvoir seuls à leurs besoins et manifeste leur dépendance » (2003 : 5). L'assisté est en situation de dépendance : il reçoit sans pouvoir rendre. Toute empreinte de générosité qu'elle puisse être, l'assistance est une violence symbolique, et elle est toujours vécue comme une épreuve humiliante et honteuse. « Celui qui est autonome, qui ne dépend de personne pour vivre fait partie de la communauté sociale. Il est reconnu comme tel et peut s'affirmer comme digne d'appartenir au groupe. Celui qui est dépendant, qui a besoin de la charité pour vivre, n'est plus un citoyen à part entière, il bascule dans l'indignité » (De Gaulejac, 1996 : 102). L'exclu n'est pas au-dehors de la société, mais dans une position subalterne et dévalorisante. Le statut d'assisté altère le rapport à soi et à

36. La relation d'assistance participe du rapport, dans toute société, que le centre entretient avec ses marges, qu'il cherche à contrôler et à normaliser sans les intégrer entièrement, à domestiquer sans jamais parvenir à contrôler leur violence. La marge offre ainsi un éclairage sur le centre et son fonctionnement (Corin, 1986).

autrui, bien que toutes les personnes assistées ne négocient pas ces relations et leur identité de la même manière, ni que tous les dispositifs favorisent le même type d'expérience. Se demander s'il faut créer un dispositif spécifique pour les « exclus », se questionner sur la nécessité et les pièges de la compassion, réfléchir sur la manière d'aller à leur rencontre et d'établir un contact, chercher à comprendre le refus qu'opposent parfois les individus, c'est chaque fois s'interroger sur la forme de rapport social qui lie les personnes dites exclues et celles qui ont été mandatées pour les aider. Entre contrôle social et compassion, l'aide est traversée de tensions et de contradictions (intégration/mise à distance ; attraction/répulsion ; identité/altérité). Elle peut contribuer à reconnaître l'autre dans sa dignité, comme elle peut renforcer la distance et même le mépris.

Nous avons vu comment différents soignants et « passeurs », par leur accueil et leur écoute parvenaient à créer un lien et permettaient de restaurer des capacités, en acceptant bien sûr d'y mettre le temps, de ne pas imposer aux individus un objectif ou un projet, et de se contenter parfois de succès relatifs. Cela demande une capacité d'écoute, mais aussi une souplesse et une diversification des approches de la part de ceux qui interviennent, soignent et conçoivent les politiques. Il faut être prêt à entendre ce que les personnes marginalisées et exclues ont à dire, être prêt à accepter de revoir entièrement le dispositif d'intervention et la représentation que l'on se fait de leur situation, le sens et la raison même de l'aide et à changer les conditions de l'aide, afin d'en atténuer la violence. Mais, plus largement, il faut repenser les conditions sur lesquelles reposent l'aide et le soutien, les attentes que l'on entretient à l'égard des personnes, les représentations sur lesquelles reposent les modèles d'intégration.

RÉFÉRENCES

- Astier, I. (2007), *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF.
- Autès, M. (2000), « Trois figures de la déliaison », dans S. Karsz et coll. *L'exclusion, définir pour en finir*, Paris, Dunod, p. 1-22.
- Barberye, J., C. de Batz, J.-P. Nosmas et R. Ollivier (2003), *Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales.
- Barbier, J.-C. (2005), « La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale », *Revue française de sociologie*, vol. 45, n° 2, p. 351-371.
- Béland, D. (2007), « The social exclusion discourse : Ideas and Policy change », *Policy & Politics*, vol. 35, n° 1, p. 123-139.

- Castel, R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.
- Clément, S., M. Drulhe, J. Mantovani et M. Membrado (1998), « La santé et la question sociale à l'épreuve de la ville. Mobilisation urbaine et précarité à Toulouse », dans D. Fassin (dir.) *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, p. 110-142.
- Clément, S. M. Drulhe et J. Mantovani (2004), « Quand les sans-logis habitent ensemble », *Espaces et sociétés*, n° 116-117, p. 175-188.
- Clément, S. et J. Mantovani (2005), « Les personnes SDF et la question de la santé », dans D. Ballet (dir.) *Les SDF. Visibles, proches, citoyens*, Paris, PUF, p. 315-323.
- Corin, E. (1986), « Centralité des marges et dynamique des centres », *Anthropologie et sociétés*, vol. 10, n° 2, p.1-21.
- Damon, J. (2002), *La question SDF*, Paris, PUF.
- Declerck, P. (2003), *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon.
- De Gaulejac, V. (1996), *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Donzelot, J. et J. Roman (1991), « Le déplacement de la question sociale », dans J. Donzelot (dir.) *Face à l'exclusion. Le modèle français*, Paris, Éditions Esprit, p.5-11.
- Donzelot, J. (avec C. Mével et A. Wyvekens) (2003), *Faire société. La politique de la Ville aux États-Unis et en France*, Paris, Seuil.
- Eysermann, B. (2005), « Partir en quête du sans-abri. La construction sociale du sans-domicile-fixe (SDF) par les bénévoles d'une action de nuit à Marseille », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 29, n° 3, p.167-183.
- Fassin, D. (dir.) (1998), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte.
- Fassin, D. (2000), « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales HSS*, n° 5, p. 953-981.
- Fassin, D. (2001), « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régulation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 4, p.5-34.
- Fassin, D. et A. Morice (2001), « Les épreuves de l'irrégularité : les sans-papiers, entre déni d'existence et reconquête d'un statut », dans Dominique Schnapper (dir.) *Exclusions au cœur de la Cité*, Paris, Anthropos, p. 261-309.
- Fassin, D. (avec P. Aiach, B. Boulenger, H. Bretin, D. Cèbe, Z. Kessar, S. Klingberg, C. Philippe) (2004), *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.
- Ferreira, J. (2004), *Soigner les mal soignés. Ethnologie d'un centre de soins gratuits de Médecin du Monde*, Paris, L'Harmattan.
- Furtos, J. (2003), « Que signifie une demande de soins par un intervenant social ? », dans A. Pidolle et C. Thiry-Bour (dir.), *Droit d'être soigné, droits des soignants*, Ramonville Saint-Agne, Éditions Érès, p. 173-178.
- Furtos, J. (2005), « Introduction. Souffrir sans disparaître », dans J. Furtos et C. Laval (dir.) *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*, Ramonville Saint-Agne, Éditions Érès, p. 9-38.

- Gaboriau, P. (2004), « Mettre les questions à la question. Travail de terrain et raisonnement sur les « sans-logis », *Espaces et sociétés*, n° 116-117, p. 111-123.
- Girola, G. (2005), « Le temps et l'espace : deux termes indissociables pour la compréhension des pratiques identitaires des personnes sans abri », dans Danielle Ballet (dir.) *Les SDF. Visibles, proches, citoyens*, Paris Puf, p. 65-78.
- Hassin, J. (1996), Rapport sur l'abord médico-légal des populations sans toit stable (<http://infodoc.inserm.fr/ethique/Travaux.nsf/Tout/CB138D945B06D374C125670E003E0270?OpenDocument>, consulté en novembre 2006).
- Haut comité de santé publique (1994), « Les collectivités locales et la santé publique », *Actualités et dossier en santé publique*, n° 7 (hcsnp.inserm.fr/hcspi/explore.cgi/ad072560.pdf).
- Haut Comité de la santé publique (1998) *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- Ion, J. (1995), « L'exclusion, une problématique française ? », *Lien social et Politiques*, n° 34, p. 63-69.
- Joubert, M. (1995), « Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins », *Prévenir*, n° 28, p. 93-104.
- Kovess, V., S. Gysens, R. Poinard et P-F. Chanoit (1995), « La psychiatrie face aux problèmes sociaux : la prise en charge des RMistes à Paris », *L'information psychiatrique*, vol. 71, n° 3, p. 273-285.
- Lanzarini, C. (2000), *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, Paris, PUF.
- Lanzarini, C. (2008), « Détérioration corporelle, organisation de survie et éclipse institutionnelle », dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 221-236.
- Lazarus, A. et H. Strohl (1995), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « Ville, santé, précarité et exclusion sociale », Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion, Paris.
- Lyon-Callo, V. (2000), « Medicalizing Homelessness : The Production of Self-Blame and Self-Governing within Homeless Shelters », *Medical Anthropology Quarterly*, 14, 3, p. 328-345.
- Maisondieu, J. (2001), « De l'exclusion pathogène au syndrome d'exclusion », *Rhizome*, n° 4, p. 14.
- Médecins du Monde (2004), *Rapport 2003 de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde*, Médecins du Monde et ORSMIP.
- Morel, S. (2003), « La France et le Québec : des logiques de réciprocité semblables entre l'État et les pauvres ? », *Santé, société et solidarité*, n° 1, 55-68.
- Moulin, P., E. Fabrizi et N. Mohammedi (2005), « Les discriminations raciales dans le champ de la santé », dans P. Galloro et coll. (dir.) *Diagnostic territorial stratégique dans le domaine de l'intégration et de la lutte contre les discriminations sur le territoire du contrat de ville de l'agglomération messine*, Université Paul Verlaine, Metz, Laboratoire ERASE et ETIC, p.199-231.

- Obadia, Y., P. Toubiana, C. Chanut et M. Rouily (1994), « L'état de santé des RMistes dans les Bouches du Rhône. Enquête sur la morbidité déclarée », *Revue française des Affaires sociales*, vol. 48, n° 2, p.111-129.
- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2000), *Rapport 2000*, Paris, La Documentation Française (<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/004001838/0000.pdf>, consulté le 10 novembre 2005).
- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2006), *Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2005-2006*, Paris, La Documentation Française.
- Parizot, I. (2003), *Soigner les exclus. Identité et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF.
- Parizot, I. et P. Chauvin (2005), « Quel accès aux soins pour les démunis ? », *Sciences Humaines*, Hors-série, n° 48 « La santé », p. 96-99.
- Paugam, S. (1996), « La constitution d'un paradigme », dans S. Paugam (dir.) *L'exclusion. L'État des savoirs*, Paris, La Découverte, p. 389-404.
- Paugam, S. (2000), « L'exclusion : usages sociaux et apports de la recherche », dans J.-M. Berthelot (dir.) *La sociologie française contemporaine*, Paris, PUF, p. 155-171.
- Peraldi, N. (2006), « Boiter n'est pas un péché. L'exclusion comme enfermement », *Esprit*, décembre, p. 24-43.
- Renault, E. (2003), « Mépris social et souffrance psychique », dans A. Pidolle et C. Thiry-Bour (dir.), *Droit d'être soigné, droits des soignants*, Ramonville Saint-Agne, Éditions Érès, p. 41-51.
- Schnapper, D. (2006), « L'échec du « modèle républicain » ? Réflexion d'une sociologue », *Annales HSS*, n° 4, p. 759-776.
- Teissonnières, G. (2003), « 'Le gardiennage des pauvres' : les logiques sociales de l'urgence », dans P. Gaboriau et D. Terrolle (dir.) *Ethnologie des sans-logis. Étude d'une forme de domination sociale*, Paris, L'Harmattan, p. 75-110.
- Terrolle, D. (2004), « La ville dissuasive : l'envers de la solidarité avec les SDF », *Espaces et sociétés*, n° 116-117, p. 143-157.
- Simmel, G. (1998 [1907]), *Les pauvres*, Paris, PUF, « Quadrige ».
- Thelen, L. (2006), *L'exil de soi. Sans-abri d'ici et d'ailleurs*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis.
- UNIOPSS (Union nationale et interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux), (2001), *Exclusion sociale et pauvreté en Europe*, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- Valarié, P. (1998), « Gouverner l'archipel urbain. Actions et réseaux de santé publique à Béziers », dans D. Fassin (dir.) *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, p. 47-83.
- Vexliard, A. (1956), *Introduction à la sociologie du vagabondage*, Paris, Librairie Marcel Rivière.

CHAPITRE 2

Combattre l'exclusion sociale en misant sur l'égalité des chances

Le pari du New Labour

Yolande Pelchat et Annick Thomassin

La lutte à l'exclusion sociale est devenue l'une des pierres angulaires de la « modernisation du modèle social européen » (Conseil de l'Union européenne, 2000 : 2). Introduite à l'échelle de la Communauté européenne, sous la présidence de Jacques Delors (1985-1995), cette notion a pris, à la fin du XX^e siècle, une place non négligeable dans les discours et documents gouvernementaux des États membres. Selon les contextes nationaux, les politiques sociales en ont fait un objet plus ou moins structurant. Par exemple, en 1998, la France adopte sa *Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions* et fait de cette lutte « un impératif national » et « une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation » (art. 1^{er}). En Belgique francophone, la question de l'exclusion remplace peu à peu celle de l'exploitation et des inégalités sociales, donnant forme à de nouveaux dispositifs misant sur la proximité, la prévention et la reconstruction de liens sociaux qui ont fait l'objet, en 1998, d'un plan social intégré (PSI) (Schaut, 2002 : 71). Au Royaume-Uni, le parti du New Labour fait de la lutte à l'exclusion sociale un thème central de sa campagne électorale de 1997. Quelques

mois à peine après son entrée au pouvoir, il crée la Social Exclusion Unit (SEU), un organisme interministériel ayant pour mandat d'assurer la cohérence et la coordination des politiques adoptées par les ministères et de faire en sorte qu'elles contribuent le plus efficacement possible à la lutte contre l'exclusion sociale (Levitas, 1999).

En 2000, lors de la tenue du Conseil européen de Nice, la « prévention des risques d'exclusion » et « l'action pour les plus vulnérables » sont ajoutées à la liste des objectifs communs que se sont fixés les États membres de l'Union européenne. Chaque État est dorénavant convié à produire périodiquement un Plan d'action national présentant les actions qu'il a entreprises, ou qu'il compte entreprendre, en matière de lutte à l'exclusion. Un bref survol de ces plans d'action européens laisse entrevoir la diversité et le nombre imposant d'actions qui se trouvent sur la liste des efforts déployés pour réduire l'exclusion sociale et favoriser l'inclusion. Il révèle aussi à quel point le sens attribué à l'exclusion sociale est peu explicite¹. Aussi, pour saisir les potentialités et les limites du recours à cette notion, nous faut-il aller au plus près des politiques, des programmes ou des interventions élaborés et mises en œuvre dans le cadre de la « lutte à l'exclusion sociale ». C'est un tel exercice que nous avons entrepris ici en nous penchant sur ce qu'il est désormais convenu d'appeler « la politique d'investissement dans l'enfance » mise en œuvre par le New Labour en Grande-Bretagne². Dans ce pays, tout comme au Canada et au Québec, l'intervention précoce auprès des enfants et de leurs parents constitue une composante centrale de l'action publique (Jenson, 2000 ; Saint-Martin, 2000, 2002)³. Cette politique nous servira ici à révéler quelques traits marquants de la pensée et des actions entourant la question de l'exclusion sociale.

En Grande-Bretagne, l'investissement dans l'enfance a été considéré par le New Labour comme une avenue incontournable de la lutte

-
1. Les plans d'action nationaux sur l'inclusion sociale sont disponibles sur le site de la Commission européenne : http://ec.europa.eu/employment_social/news/2001/jun/napsincl2001_fr.html.
 2. Ce texte porte plus spécifiquement sur la période 1997-2007, soit celle correspondant au règne de Tony Blair.
 3. En mai 1999, Pierre Pettigrew, alors ministre canadien du Développement des ressources humaines, rendait public le Plan d'action national pour les enfants, un document qui, précise-t-il, traite de « la nécessité que nous changions tous nos attitudes et nos façons de faire afin de donner à tous les enfants une meilleure chance de se bâtir un avenir à la hauteur de leurs aspirations ». (http://www.socialunion.gc.ca/nca/may7-speech_.html. Consulté le 12 octobre 2008.)

à l'exclusion sociale (Saint-Martin, 2002 ; Lister, 2006 ; Parton, 2006) telle qu'elle a été pensée par la « Troisième Voie », ce projet de modernisation de l'État-Providence décrit par Anthony Giddens (2002 : 44) comme une « tentative de transcender à la fois la social-démocratie à l'ancienne et le néolibéralisme », et par Tony Blair (2002 : 226) comme une « sérieuse réévaluation de la social-démocratie, plongeant ses racines au plus profond des valeurs de la gauche pour développer des approches radicalement nouvelles⁴ ». « Si la Troisième Voie a un point sensible », affirment John Myles et Jill Quadagno, « c'est pour les enfants » (2000 : 166)⁵.

Dans les pages qui suivent, nous exposons, dans un premier temps, les grandes lignes de la politique britannique⁶ d'investissement dans l'enfance, tout en montrant la façon dont elle s'inscrit dans la lutte à l'exclusion sociale et dans la mise en œuvre de la « Troisième Voie ». Cette incursion nous conduira vers une réflexion critique sur le principe d'égalité des chances qui, nous le verrons, constitue un argument central de légitimation de la politique d'investissement dans l'enfance. Si, comme l'ont reconnu plusieurs penseurs de l'action publique et de la justice sociale, le principe d'égalité des chances vient établir les limites d'une simple promulgation, sur le plan juridique, d'une égalité des droits – celle-ci ne parvenant pas, en raison des nombreuses contraintes liées à des conditions de vie réelles, à rendre effectif un accès égal à ces droits –, les actions qui se réclament de ce principe ne sont pas pour autant dépourvues d'ambiguïtés (Borgetto, 2000).

-
4. L'expression « Troisième Voie » n'est pas nouvelle et le contenu qui lui est attribué est loin d'être univoque. Selon Giddens (2002 : 44), ce courant est né à la fin du XIX^e siècle et fut populaire dans les groupes de droite des années 1920. Puis, il a été repris par les sociaux-démocrates pour signifier une « voie distincte du capitalisme marchand américain et du communisme soviétique ». Au tournant des années 1950, l'Internationale socialiste l'a utilisé dans ce dernier sens. Au milieu des années 1990, cette expression s'est répandue dans certains pays européens dont la Grande-Bretagne.
 5. Tous les extraits tirés de publications en langue anglaise ont été traduits par les auteurs de ce chapitre.
 6. En raison du processus de dévolution mis en œuvre après l'élection du New Labour, l'Écosse et le Pays de Galles se sont vu accorder une plus grande autonomie dans le développement des politiques sociales. Certaines mesures peuvent être spécifiques à l'une ou l'autre région et ne pas s'appliquer à l'ensemble de la Grande-Bretagne ou du Royaume-Uni. Néanmoins, à l'instar de la majorité des publications, nous utiliserons le qualificatif « britannique » pour désigner les politiques, les programmes ou encore les mesures en matière de lutte à l'exclusion.

INVESTIR DANS L'ENFANCE

Pendant ses dix années au pouvoir (1997-2007), le gouvernement Blair a apporté des changements substantiels à l'intervention de l'État dans le champ de l'enfance, soit en introduisant de nouvelles politiques, soit en modifiant celles qui existaient déjà. L'énoncé de politique *Children First* paru en 1998 a donné lieu à un large éventail de stratégies telles que : le livre vert *Every Child Matters* (2003), la *Ten Year Strategy for Childcare* (2004) suivie de son plan d'action *Choice for Parents, Best Start for Children* (2006) ainsi que le *Childcare Bill* (2005).

Si l'investissement dans l'enfance a constitué un incontournable pour le New Labour, c'est, selon Denis Saint-Martin (2002 : 67), en raison de deux atouts de taille dont se sont servis les leaders de la Troisième Voie pour construire de « nouvelles coalitions sociales ». Le premier atout est lié à un certain consensus social entourant la protection de l'enfance :

Les enfants ne sont pas politiquement controversés. [...] le besoin d'établir des compromis politiques entre intérêts divergents n'est pas aussi important, puisque personne ne veut être vu comme étant « contre » les enfants. [...] en Grande-Bretagne, la création du Groupe parlementaire pour l'enfance indique [...] que les politiques vouées à l'enfance tendent à transcender les lignes partisanes (Saint-Martin, 2002 : 67)⁷.

Le second atout tient, pour sa part, à ce que le champ de l'enfance permet la concrétisation d'un « pragmatisme idéologique » cher au New Labour dont le slogan est « Ce qui compte, c'est ce qui marche » (Blair, 1998). « La gestion de l'économie n'est ni de gauche, ni de droite, précise Blair (1998) elle est bonne ou mauvaise. » La politique britannique d'investissement dans l'enfance s'inscrit résolument dans un mode de gestion du social fondé sur les données probantes (*evidence-based policy making*). Ancrée dans une logique managériale visant la modernisation de l'État-providence, elle prend ainsi appui sur l'existence d'une « crédibilité scientifique accrue des questions reliées à la petite enfance » (Saint-Martin, 2002 : 67). Par exemple, l'annonce du programme Sure Start, l'une des pièces maîtresses de cette politique⁸, s'accompagne d'un exposé de constats communs à plusieurs travaux de

-
7. Selon Saint-Martin (2000 : 64), le même phénomène est observable au Canada : « C'est une motion unanime de la Chambre des communes qui, à l'origine, a donné le coup d'envoi aux événements qui ont donné lieu au Plan d'action national pour les enfants. »
 8. Dans les pages qui suivent, nous offrirons une description détaillée du programme Sure Start.

recherche, la plupart réalisés aux États-Unis⁹. Ces diverses « données probantes » sont formulées dans les termes suivants :

- dans ses premières années de vie, l'enfant est plus vulnérable aux influences environnementales que l'on ne l'admettait jusqu'alors ;
- les conséquences d'un cumul de désavantages chez les jeunes enfants vont en s'accroissant et ce cumul augmente fortement les risques de vivre l'exclusion sociale au cours de leur vie ;
- le groupe des 0-4 ans a souvent été délaissé par les programmes gouvernementaux destinés à l'enfance et les services qui leur sont offerts sont de qualité variable et manquent de coordination ;
- la mise sur pied de programmes d'intervention précoce et de soutien à la famille de type « holiste » et reposant sur des services existant localement est susceptible de produire des effets positifs et durables pour le développement de l'enfant et de sa famille, elle peut aussi briser le cycle d'exclusion sociale, conduisant ainsi à des gains financiers à long terme (Glass, 1999 : 261).

Les changements apportés par le gouvernement Blair dans le champ de l'enfance ont suivi, souligne Parton (2006), deux grandes avenues. D'une part, ils ont porté sur les *mesures universelles* offrant un soutien général aux parents et aux enfants (par exemple, une augmentation significative de la valeur des allocations destinées aux enfants ; un crédit d'impôt pour les enfants qui est venu remplacer la prestation pour les couples mariés ; une amélioration des congés de maternité et de paternité). D'autre part, ils ont modifié les *mesures réservées aux familles pauvres avec enfants* (par exemple, des crédits d'impôt pour les familles en emploi, les enfants et les services de garde, l'introduction d'allocations destinées aux jeunes des familles à faible revenu qui poursuivent leurs études). Mais, dans l'ensemble, les sommes consacrées au soutien financier (*cash support*) ont été beaucoup moindres que celles consacrées aux services. Entre 1997 et 2006, l'investissement annuel au moyen de

9. Selon Glass (1999), la recension des écrits réalisée aux fins du processus d'élaboration du programme Sure Start a exploré des études essentiellement américaines, peu d'études ayant été menées sur ce sujet en Grande-Bretagne. Les « données probantes » renvoient en bonne partie à des expériences américaines telles que le programme fédéral Head Start et le programme Perry Preschool.

crédits d'impôts totalisait 800 millions £ alors que les fonds investis dans l'éducation précoce et les services de garde étaient de l'ordre de 2 milliards £ par année (DfES et DWP, 2006 : 16).

C'est précisément à l'éventail de services offerts aux familles avec enfant(s) qui vivent dans des quartiers défavorisés que fut généralement associée la lutte à l'exclusion sociale. Ces initiatives ciblées, au cœur desquelles figure le programme Sure Start, sont vues comme un instrument privilégié pour interrompre la « transmission intergénérationnelle de l'exclusion » (Parton, 2006).

Avant d'exposer les grandes lignes de ce programme, il est utile de rappeler que la lutte à l'exclusion sociale – proposée par le New Labour lors de la campagne électorale de 1997 – fut lancée sans que la notion d'exclusion sociale ait fait l'objet au préalable d'un travail conceptuel substantiel. Sur ce point, la situation de la Grande-Bretagne serait sensiblement différente de celle de la France, comme le souligne Daniel Béland :

[En Grande-Bretagne] l'exclusion sociale est devenue un modèle et un discours justificatifs avant même que les intellectuels des sphères académique et publique et les journalistes aient pu discuter sérieusement de la signification de ce terme en tant que catégorie cognitive. Dans ce contexte, la transformation de l'exclusion sociale en un modèle et un discours rattachés à la Troisième Voie obligea plusieurs intellectuels britanniques à adopter ce paradigme ou, à tout le moins, à s'engager dans une critique de celui-ci. (Béland, 2007 : 134.)

Par ailleurs, d'autres chercheurs ont avancé que la Social Exclusion Unit (SEU), créée quelques mois après l'entrée au pouvoir du New Labour, avait précisément cherché à ne pas « s'embourber dans des questions conceptuelles en choisissant plutôt de mettre l'accent sur des manifestations particulières [de l'exclusion] telles que la grossesse à l'adolescence et l'itinérance » (Burchardt et coll., 2002 : 4). Pour la directrice du Bureau sur la réforme de la fonction publique, Wendy Thomson, l'ampleur des problèmes sociaux auxquels le gouvernement Blair devait faire face aurait pu conduire à de longues discussions sur la définition de l'exclusion sociale et sur l'orientation de la SEU. Le gouvernement Blair a plutôt choisi d'accorder la priorité à la « prévention de l'exclusion sociale » en adoptant d'entrée de jeu un ensemble de stratégies dont la mise en œuvre a généralement été confiée à des partenaires locaux (Thomson, 2007).

La Social Exclusion Unit a, semble-t-il, préféré confier à d'autres organismes le mandat de produire une définition opératoire de l'exclu-

sion sociale¹⁰. Mais, souligne Ruth Lévitass (1999), elle l'a fait en prenant soin de spécifier que cette définition devait s'arrimer aux données validées contenues dans les banques de données gouvernementales. Aucune définition précise n'apparaît toutefois dans les documents produits par la SEU, pas plus que dans les autres documents gouvernementaux ou propos du premier ministre Tony Blair. Le sens attribué à l'expression « exclusion sociale » y est demeuré relativement vague. Cette expression est qualifiée de « terme abrégé » servant à décrire « *ce qui peut survenir* lorsque des gens ou des quartiers souffrent d'un cumul de problèmes interreliés tels que le chômage, la discrimination, des compétences limitées, de faibles revenus, un logement inadéquat, un taux de criminalité élevé, une mauvaise santé et l'éclatement des familles » (SEU, 2004b : 14, nous soulignons).

Dans les documents publiés par la Social Exclusion Unit, on avance que « le milieu social » constitue un « déterminant majeur du risque d'exclusion sociale chez les individus ». On y affirme qu'« être pauvre à l'enfance ou avoir des parents qui ont vécu des situations de pauvreté ou être né de parents adolescents sont probablement les facteurs de risque les plus grands » (SEU, 2004a : 27). De tels facteurs « tendent à se manifester plus fortement dans certains quartiers défavorisés » même si, ajoute-t-on, des « personnes à risque d'exclusion » peuvent également vivre en dehors de tels quartiers (SEU, 2004b : 14).

Ce cadre d'analyse avance donc que certaines caractéristiques du « milieu social » sont autant de facteurs qui viennent accroître le « risque » pour chaque individu de « souffrir de l'exclusion sociale » (Parton, 2006 : 93). L'exclusion sociale y est conçue comme un résultat adverse, une conséquence néfaste, pour l'individu ou un groupe d'individus, du cumul de différents « désavantages ». Comme nous l'avons déjà signalé ailleurs, cette conception de l'exclusion emprunte abondamment au langage de la santé publique et de l'épidémiologie (Pelchat et coll., 2006 ; Pelchat et Thomassin, 2008). De fait, les termes « déterminants », « facteurs de risque », « population à risque », « prévention » et « réintégration » occupent une place non négligeable dans les documents gouvernementaux britanniques portant sur l'exclusion sociale et les actions entreprises pour y faire face. L'exclusion sociale se voit en

10. Le Centre for Analysis of Social Exclusion (CASE) et le Centre for Research into Elections and Social Trends (CREST) ont notamment travaillé à l'élaboration d'outils en vue de mesurer l'exclusion sociale (voir, entre autres, Lessof et Jowell, 2000).

quelque sorte conférer un statut similaire à celui d'une maladie dont on pourrait établir la prévalence et l'évolution : une affection en somme, avec ses symptômes, ses facteurs de risque et ses conséquences pour l'individu et ses enfants, pour l'économie et pour la société.

Toutefois, comme l'ont fait remarquer Jehoel-Gijsbers et Vrooman (2004), le fait de décrire l'exclusion sociale comme l'issue possible d'un cumul de « facteurs de risque », ne dit rien sur l'issue elle-même. Les diverses publications produites par la SEU laissent néanmoins entrevoir que cette issue renvoie à des situations d'extrême dénuement, matériel ou autre, dont l'itinérance constitue une figure emblématique. En invoquant l'avènement possible de telles situations, la rhétorique entourant l'exclusion sociale vient néanmoins fournir la justification requise à la mise en place d'un vaste programme de « prévention » ciblant les milieux qui cumulent plusieurs « facteurs de risque ». C'est cette vision que traduit la place centrale accordée aux populations défavorisées dans la lutte à l'exclusion sociale entreprise par le New Labour. Cette lutte puise largement à une vision de la justice sociale qui fait de l'égalité des chances son principe premier, comme le laisse entrevoir la préface du document *Breaking the Cycle* :

Le cycle des désavantages est néfaste pour tous. Mais c'est particulièrement injuste pour les enfants qui, parce qu'ils ont hérité des désavantages vécus par leurs parents, voient leur avenir déterminé par leur milieu d'origine plutôt que par ce qu'ils sont. Ils méritent les mêmes chances que les autres de réaliser leur potentiel. (Blair dans SEU, 2004a.)

La politique d'investissement dans l'enfance peut tenir en quelques mots : « Donner aux enfants un bon départ dans la vie est le meilleur investissement que le gouvernement peut faire. » (Blair, cité dans Saint-Martin, 2002.) Le programme Sure Start, sur lequel nous nous attarderons dans les paragraphes qui suivent, constitue l'une des manifestations concrètes de cette orientation.

Sure Start

Destiné aux jeunes enfants (0-4 ans) des milieux défavorisés et à leurs familles, Sure Start a, dès sa conception, été perçu comme une pièce maîtresse de la lutte à l'exclusion sociale et aux inégalités de santé (DH, 2004). Il a figuré au rang des « bonnes pratiques » dans le premier Plan d'action national sur l'inclusion sociale que le gouvernement du New Labour a présenté au Conseil de l'Union européenne (NAP, 2003). Il a aussi été désigné par différentes instances de l'appareil gouverne-

mental comme étant l'un des « succès majeurs » du gouvernement Blair (DfES et DWP, 2006 : 19).

Le programme Sure Start fut annoncé en juillet 1998, au terme du premier examen général des dépenses effectué par le gouvernement Blair (HM Treasury, 1998) et, plus particulièrement, à l'issue de l'exercice entrepris par le comité chargé de piloter les travaux sur les services à l'enfance que présidait la ministre de la Santé publique, Tessa Jowell¹¹. Au moment de son lancement officiel, un an plus tard, Sure Start est décrit dans les termes suivants :

- Sure Start est « une stratégie intergouvernementale radicale axée sur l'amélioration des conditions physiques, sociales, émotionnelles et intellectuelles des jeunes enfants à travers l'offre de services améliorés ».
- Cette stratégie « cible les enfants de moins de 4 ans et leur famille dans les milieux défavorisés ».
- Sure Start « fait partie d'un ensemble de politiques vouées à la prévention de l'exclusion sociale et à l'augmentation des chances futures des jeunes enfants en leur facilitant l'accès à des programmes d'éducation précoce et de jeu, à des services de santé adaptés, à des programmes de soutien à la famille, et en donnant des conseils sur les soins à prodiguer aux enfants » (Glass, 1999 : 257).

Dès le départ, le programme Sure Start a donc ciblé les localités dites défavorisées, celles-ci étant sélectionnées sur la base d'un indice de désavantages multiples (Index of Multiple Deprivation). Il s'agissait donc non seulement d'améliorer la santé et le bien-être des enfants en bas âge vivant dans ces localités, mais aussi d'accroître les chances que ces enfants « entrent à l'école prêts à entreprendre leur apprentissage scolaire, qu'ils aient de bons résultats scolaires et qu'ils réussissent sur le plan professionnel, une fois à l'âge adulte » (NESS, 2005 : 1). En augmentant le « capital humain », Sure Start cherche donc à interrompre la transmission intergénérationnelle de la pauvreté, des échecs scolaires et de l'exclusion sociale. Pour les membres du comité ayant

11. Le comité sur les services à l'enfance regroupait des représentants de onze ministères, dont le Department for Education and Employment (DfEE) et le Department of Health (DH), ainsi que des représentants de divers organismes gouvernementaux tels que la Social Exclusion Unit.

travaillé à son élaboration, les effets à long terme de ce programme sur l'exclusion sociale pourront être observés à l'aide d'une série d'indicateurs tels que le niveau d'éducation atteint par la cohorte d'enfants y ayant participé, leur taux d'occupation à l'âge adulte, les taux de grossesse à l'adolescence et de criminalité dans les communautés participantes (Glass, 1999).

La mise en œuvre de Sure Start a donné lieu au déploiement de « programmes locaux », les Sure Start Local Programmes (SSLPs). Les services qui y sont offerts le sont sur une base universelle, indépendamment des revenus des ménages et des situations familiales de la population résidant sur les territoires ciblés (Glass, 2006). Pour les concepteurs du programme, cette façon de faire avait pour but d'éviter les effets négatifs et stigmatisants des mesures qui ne sont destinées qu'à certains individus ou à certaines familles vivant sur le territoire visé (NESS, 2005).

Chaque localité participante bénéficie, en principe, de la flexibilité et de l'autonomie nécessaires pour façonner les services en fonction des besoins de sa population. Les SSLPs doivent néanmoins répondre à certains critères prédéfinis : être élaborés et gérés localement, éviter la stigmatisation des familles, s'adresser minimalement à deux générations, placer l'enfant au centre de leurs préoccupations, être culturellement appropriés et comporter un volet emploi. Ils doivent également offrir les services de base qui font partie intégrante du programme, soit : des visites à domicile (effectuées généralement par des infirmières ou des sages-femmes rattachées à des centres de santé locaux), des soins de santé, un milieu favorisant le jeu et l'apprentissage et un soutien aux familles avec une attention spéciale portée à celles ayant des besoins spéciaux (Glass, 2006). Afin d'être en mesure d'offrir cet éventail de services, les SSLPs sont fortement encouragés à créer des liens avec le National Health Service, les Primary Care Trusts et les écoles primaires. Ils doivent également veiller à instaurer et à maintenir des liens étroits avec les programmes d'employabilité comme le Job Centre Plus.

Dans chaque localité, la création et la gestion du SSLP ont été prises en charge par des acteurs ou un regroupement d'acteurs locaux rattachés, soit au réseau de la santé, soit à l'administration locale ou encore au secteur communautaire. Par exemple, dans le quartier de Balsall Heath à Birmingham ce rôle a été assumé par le St-Paul's Community Development Trust, un organisme caritatif fondé en 1979 dont la mission était de promouvoir l'éducation, les loisirs et la forma-

tion continue. Dans ce cas, la mise en œuvre de Sure Start s'est faite à partir des infrastructures existantes, c'est-à-dire l'école de St-Paul et la garderie qui partagent les mêmes locaux que le SSLP. La structure décisionnelle des SSLPs exige également que la participation active des parents soit assurée tant dans l'utilisation que dans la gestion des services (DfES, 2004). Par exemple, le Sure Start Canterbury a mis sur pied un « forum parental » de manière à favoriser l'implication des parents dans l'élaboration et le choix des services offerts.

Au milieu de l'année 2004, plus de 500 SSLPs avaient été mis en place dans autant de localités ; chaque SSLP desservait entre 500 et 1000 enfants (DfES, 2004 ; Weinberger et coll. 2005). Dans la lignée des recommandations du livre vert *Every Child Matters*, ces SSLPs ont pris, au cours des années suivantes, le nom de Sure Start Children's Centres (SSCCs). Selon Glass (2006), ce changement d'appellation est un signe précurseur de nouvelles orientations. Parmi elles figure l'intention d'accorder une place plus grande aux services de garderie pour ainsi favoriser le retour des femmes, et plus particulièrement des mères monoparentales, sur le marché du travail, ce retour étant vu comme moyen privilégié pour réduire la pauvreté infantile (Glass, 2006)¹².

La conversion des Sure Start Local Programmes (SSLPs) en Sure Start Children Centres (SSCCs) a aussi engendré des modifications dans la structure décisionnelle, notamment en ce qui a trait à la participation des parents. La directive selon laquelle les parents devaient être partie prenante du processus décisionnel (*to be parent-led*) a été levée. Si dans les faits, certains SSCCs continuent d'inclure les parents dans le processus décisionnel, ils ne sont pas tenus de le faire comme c'était le cas dans les SSLPs. Les programmes locaux sont ainsi passés « d'un contrôle parental à une « implication » des parents ; les décisions finales étant prises par les autorités locales » (Glass, 2006 : 54).

Malgré ces réorientations, les SSCCs ont conservé bon nombre des caractéristiques des structures antérieures. Ils se présentent toujours comme des endroits où les enfants de 0 à 4 ans et leurs parents peuvent avoir de l'information, des services et de l'aide de la part d'une équipe regroupant des experts issus de différents domaines (infirmières, professeurs, éducateurs en garderie, psychologues pour enfants, spécialistes

12. Comme le souligne Glass (2006), cette réorientation peut être en partie liée au transfert, quelques années plus tôt, de la responsabilité ministérielle du programme Sure Start, du Department of Health au Department for Education and Skills.

du langage, etc.). Dans les milieux fortement défavorisés, l'éventail de services doit comprendre des services d'éducation précoce¹³, des services de garderie, des services de santé et de soutien aux familles. L'accent est mis sur le développement personnel, social, physique et émotionnel de l'enfant, sur sa capacité à communiquer, sur le développement du langage et des compétences de base liées à la lecture et aux mathématiques. On cherche ainsi à préparer adéquatement l'enfant en vue de son futur parcours scolaire.

Les SSCCs travaillent en collaboration étroite avec les praticiens du domaine de la santé. Ceux-ci offrent différents ateliers et activités portant sur le tabagisme (principalement durant la grossesse), l'obésité chez les parents et l'enfant, la grossesse à l'adolescence et la mortalité infantile. Certains centres offrent également des séances de vaccination dans leurs locaux. À Canterbury, par exemple, une série de cours sont offerts pour sensibiliser les mères aux avantages de l'allaitement et d'une saine alimentation (séances *Cook and Eat* et coopérative alimentaire).

Les visites à domicile effectuées par les infirmières et les sages-femmes rattachées à chaque SSCC sont considérées comme un moyen d'apporter un soutien aux parents, de répondre à leurs interrogations concernant la grossesse et les soins à prodiguer à l'enfant, de les informer et de les conseiller sur des sujets divers, de les sensibiliser à l'importance d'intervenir de façon précoce pour favoriser le développement de l'enfant et de leur présenter les services offerts. Dans certains cas, les intervenantes travaillent au montage d'une base de données concernant tous les enfants et les parents de la communauté. Le National Audit Office considère en effet que les visites à domicile aident à joindre les familles les plus démunies – celles que l'on qualifie de « difficiles à atteindre » (NAO, 2006 : 8) et qui vivent une « profonde exclusion » (Blair, 2006b) – et permettent d'évaluer les risques que représente le milieu familial pour l'enfant. Dans un discours sur l'exclusion sociale prononcé en 2006, Blair a réitéré le rôle central des visites à domicile et annoncé que pour les enfants les plus à risque (une proportion estimée entre 10 et 15 % de tous les nouveau-nés), les visites à domicile se poursuivraient sur une période de deux ans (Blair, 2006b).

Dans les SSCCs, les parents ne sont pas en reste. Une variété d'ateliers et de cours visent à développer leurs « compétences paren-

13. Les services d'éducation précoce sont offerts gratuitement aux enfants de 3 et 4 ans à raison de 12,5 heures par semaine pour une période de 33 semaines annuellement.

tales ». Ici, l'objectif est de susciter et de renforcer les liens parents-enfants par le jeu, le bricolage et la lecture, tout en permettant aux parents d'échanger entre eux et avec les intervenants. Par exemple, « Dads and Tots » cherche à favoriser les liens entre les pères et leurs enfants tandis que « Inclusion Stay and Play » s'adresse aux enfants avec des difficultés et à leurs familles. D'autres exemples, tels que le cours « Rough Guide to Parenting » et le cours « Positive Parenting » offrent aux parents des occasions de discuter des comportements parentaux acceptables et non acceptables ainsi que des moyens à prendre pour favoriser ou modifier ces comportements. Une multitude d'ateliers et de cours portent sur des sujets aussi variés que l'ameublement, l'habillement, la gestion des finances et des dettes. Des séances d'activités physiques et des sorties de groupe réunissant parents et enfants sont aussi organisées. Dans les SSCCs, les parents peuvent également emprunter ou louer des équipements divers : matériel permettant de rendre la maison sécuritaire, jouets et livres pour enfants. Pour certains analystes critiques, la multiplication de ces initiatives s'inscrit dans « un élan quasi évangéliste destiné à donner aux parents des classes ouvrières les compétences nécessaires pour qu'ils arrivent à faire de leurs enfants des enfants de classe moyenne » (Gillies, 2005 : 838).

En novembre 2005, l'équipe du National Evaluation of Sure Start (NESS) a présenté un premier rapport d'évaluation des trois premières années de fonctionnement du programme Sure Start (NESS, 2005)¹⁴. Ce rapport soutient que, en raison des faibles différences observées entre les communautés participantes et les autres, il est impossible de conclure que le programme a eu des effets positifs, ceux-ci étant mesurés en fonction d'une série de variables telles que la santé physique, le développement cognitif, langagier, social et émotionnel de l'enfant, le fonctionnement du milieu familial, le bien-être maternel, le degré d'utilisation des services offerts à la famille, l'appréciation de la communauté par la mère, etc. (NESS, 2005). Commentant leurs résultats, les auteurs du rapport avancent que l'absence d'une différence marquée peut être attribuable à la durée relativement courte du programme (NESS, 2005).

14. NESS est une équipe de recherche pluridisciplinaire mise sur pied par le Department for Education and Skills. L'ensemble du programme Sure Start et les intervenants qui y travaillent font aussi l'objet d'un suivi de Ofsted (Office for Standards in Education), un organisme gouvernemental non ministériel chargé de l'inspection des SSCCs ainsi que de l'évaluation de la qualité des services destinés aux enfants et à leurs parents.

Outre cette absence de différences entre les communautés participantes et les autres, le rapport d'évaluation signale également la présence de certains effets négatifs chez les enfants vivant dans les familles les plus défavorisées des communautés participantes¹⁵. Par exemple, les enfants de trois ans nés de mères adolescentes et vivant dans les localités participantes réussissent moins bien que ceux qui vivent dans les communautés non participantes, notamment sur le plan des habiletés langagières et du développement de compétences sociales (NESS, 2005 : 29). Les auteurs concluent que Sure Start a bénéficié davantage aux enfants vivant dans des familles qui, bien qu'elles résident dans des localités défavorisées, disposent d'un « meilleur capital humain ».

Diverses pistes ont été avancées pour expliquer les effets adverses de Sure Start sur les enfants/familles les plus défavorisés vivant dans les localités elles-mêmes qualifiées de défavorisées. Elles ont été formulées dans les termes suivants : a) les services ont été utilisés de façon plus marquée par les familles moins défavorisées, diminuant ainsi la quantité de services disponibles aux autres familles ; b) les populations les plus défavorisées ont perçu de manière plus négative les services offerts ; c) les intervenants ont eu tendance à travailler avec les populations plus coopérantes qu'avec celles qui exprimaient une plus grande résistance (NESS, 2005 : 34). Le rapport conclut à la nécessité de revoir l'organisation des services.

En mai 2006, lors d'un discours prononcé dans le cadre de l'initiative *Let's Talk*, Tony Blair a commenté le succès mitigé de Sure Start et reconnu que ce programme, pour lequel les sommes investies au cours de ses six premières années de fonctionnement totalisaient 17 milliards £ (NAO, 2006), n'était pas parvenu à rejoindre « les exclus des exclus ; les profondément exclus (*deeply excluded*) » (Blair, 2006b). S'inscrivant dans la lignée des recommandations formulées par l'équipe d'évaluation, il insiste sur le fait que les changements envisagés relèvent essentiellement de l'organisation des services et propose une participation accrue du secteur communautaire et plus précisément de certains intervenants qui « possèdent une expertise plus complète [en matière d'exclusion

15. Les enfants sont qualifiés de « vivant dans une famille plus défavorisée » sur la base des critères suivants : « Être né d'une mère adolescente, grandir dans un foyer monoparental ou dans un foyer où personne n'est en emploi, avoir une mère sans emploi ou qui travaille à temps partiel, ou vivre dans un foyer où le revenu familial se situe sous le seuil de la pauvreté » (NESS, 2005 : 29).

sociale] que les instances gouvernementales » (Blair, cité dans *The Guardian*, 16 mai 2006).

Toutefois, malgré des résultats mitigés, la pertinence du programme Sure Start et, plus globalement celle de l'orientation même de la politique d'investissement dans l'enfance, ne fut pas pour autant remise en cause. En 2006, le gouvernement Blair, prévoyait qu'un réseau consolidé totalisant environ 3 500 Sure Start Children Centres serait en place en 2010 (NAO, 2006)¹⁶.

Que révèle la place centrale accordée au programme Sure Start dans le cadre de la lutte à l'exclusion sociale ? Que nous dit-elle sur la conception même de l'exclusion et de la justice sociale ? Nous en traitons dans les paragraphes suivants.

SORTIR DE SON EXCLUSION

Nous avons souligné plus haut qu'en Grande-Bretagne l'expression « exclusion sociale » a d'abord été utilisée par les milieux gouvernementaux pour ensuite pénétrer les milieux intellectuels et scientifiques. La Social Exclusion Unit a eu recours à cette expression pour désigner une situation que vivent ou que risquent de vivre des populations qui cumulent plusieurs « désavantages » (pauvreté, criminalité, logement inadéquat, chômage, ruptures familiales, etc.) sans toutefois préciser ce qui caractérise cette situation d'exclusion (Jehoel-Gijsbers et Vrooman, 2004). Mais, de façon générale, la notion d'exclusion sociale semble avoir été assimilée aux « désavantages » eux-mêmes. L'exclusion se présente alors comme un autre signifiant pour désigner une situation de défavorisation sociale et matérielle élevée. Elle devient une sorte de prolongement de la notion de pauvreté, le plus souvent centrée sur les questions de revenus et de ressources financières. Aussi, tout comme la notion de pauvreté avant elle, la notion d'exclusion sociale, telle qu'elle est utilisée par le New Labour, sert avant tout à caractériser des individus ; aux pauvres viennent s'ajouter les « exclus ».

Dans le programme Sure Start et, plus globalement, dans la politique britannique d'investissement dans l'enfance, deux façons particulières de parler de ces dits exclus se côtoient. La première attire l'attention sur ce qui les caractérise et sur les conséquences de leur situation d'exclusion. Y apparaissent de manière récurrente des ques-

16. <http://www.surestart.gov.uk/aboutsurestart/about/strategy/>

tions liées au « désordre social » et aux « comportements antisociaux ». Cette conception a été qualifiée par Levitas (2005) de « *moral underclass discourse* » (MUD) alors que Welshman (2006) et Gillies (2005) ont préféré parler d'approche « pathologisante ». Elle correspond parfaitement à la position défendue par Blair dans un article publié en 1993 et intitulé « Why Crime is a Socialist issue ? ». Dans cet article paru avant qu'il ne devienne le chef du Parti travailliste, Blair affirmait que la lutte à l'exclusion sociale exigeait un « réalignement de la relation entre l'État, l'enfant et les parents » (Blair, cité dans Parton, 2006 : 86). L'argument avancé était le suivant : « Si ces jeunes sont placés en marge de la culture dominante, qu'on ne leur offre ni espoir ni chance, qu'ils en viennent à n'éprouver aucun respect pour eux-mêmes, les chances sont alors très grandes pour que ces derniers tournent mal. » (*Ibid.*)¹⁷

Élu à la tête du gouvernement quelques années plus tard, Blair réitérera que l'investissement dans l'enfance représente un moyen privilégié pour contrer le « bouleversement social » et « le fléau de l'exclusion » (Blair, 1998)¹⁸. L'expression « exclusion sociale » lui sert ici à désigner « cette *catégorie de gens* coupés de la vie sociale normale, relevant de plus en plus d'une culture liée au crime, à la drogue, à l'instabilité familiale, aux mauvaises conditions de logement et d'éducation, ainsi qu'au chômage de longue durée » (Blair, 1998, nous soulignons). Dans ses textes ou discours plus récents, la notion d'exclusion sociale demeure étroitement liée à des termes tels que : crime, drogue, chômage de longue durée, voire *underclass*. À titre illustratif, nous reprendrons ici un extrait d'un texte publié en 2001 par *Prospect Magazine*¹⁹ : « Dans les pays développés, le chômage de longue durée, les poches d'exclusion, de crime et de drogue, ont marqué à vie des millions de personnes. [...] Mais, combattre l'exclusion, c'est plus qu'empêcher le développement d'une sous-classe » (Blair, 2002 : 265). Plus récemment encore, dans un discours prononcé dans le cadre de la série *Our Nation's Future*, Blair affirmait

-
17. Cet article a été rédigé après la mort de James Bulger, un enfant de deux ans enlevé dans un centre commercial par deux garçons de dix ans et amené jusqu'à une voie ferrée où il fut battu à mort et laissé sur les rails (Parton, 2006). Le sens accordé à l'exclusion sociale dans ce texte est peu explicite, mais les termes qui y sont associés sont sensiblement les mêmes que ceux figurant dans les publications subséquentes, soit : « Un faible niveau de scolarité, un logement de mauvaise qualité, la violence familiale, un milieu familial inapproprié, des mauvaises perspectives d'emploi et la consommation de stupéfiants » (Blair, 1993, cité dans Parton, 2006 : 86).
 18. Cette allocution fut prononcée en français dans l'hémicycle de l'Assemblée nationale française dont Laurent Fabius était alors le Président.
 19. La version française est parue dans Giddens et Blair (2002).

à propos des individus et des familles *deeply excluded* : « Leur pauvreté ne tient pas qu'à la pauvreté de leur revenu, elle tient également à la pauvreté de leurs ambitions, opportunités et perspectives d'avancement » (Blair, 2006b). Le programme Sure Start s'inscrit dans cette logique d'action fondée sur la prévention et la réduction des comportements « antisociaux » (crime, drogue, délinquance, violence), il cherche ainsi à modifier une certaine « culture de la pauvreté ».

Cette façon de décrire lesdits exclus se double d'un deuxième discours que Levitas (2005) a qualifié, cette fois, d'« intégrationniste » (*social integrationist discourse*, SID). L'intégration au travail y est présentée comme le moyen par excellence de prévenir l'entrée dans l'exclusion ou de sortir les exclus de leur exclusion sociale. Par l'entremise du programme Sure Start se met en route, dès le plus jeune âge, une véritable entreprise de développement de l'employabilité. Les services centrés sur le développement physique, émotionnel et cognitif de l'enfant sont en quelque sorte assujettis aux exigences d'une intégration future sur le marché du travail. C'est principalement à titre de main-d'œuvre future que les enfants deviennent la nouvelle cible des actions étatiques de lutte à l'exclusion (Lister, 2006)²⁰. Se percevant dorénavant comme un « investisseur social », l'État s'affaire à outiller convenablement les « travailleurs de demain ²¹ ». En ciblant les milieux défavorisés, Sure Start vise principalement à faire en sorte que la main-d'œuvre future ait, pour reprendre les termes de Parton (2006 : 94), non seulement « un degré de compétence et une flexibilité plus appropriés au marché de l'emploi dans un contexte de capitalisme globalisé », mais aussi « la capacité d'endurer la complexité et le stress associés à la vie quotidienne et de les négocier positivement ». Chaque individu doit désormais être en mesure de faire face aux conjonctures de la nouvelle « économie du savoir » ; la main-d'œuvre future est composée d'individus « flexibles », hautement « adaptables » et « éduqués » (Lister, 2003 ; Saint-Martin, 2000). Dans l'esprit du New Labour, combattre l'exclusion, « [c']est développer une réelle mobilité sociale dans toute la société : ouvrir les professions, récompenser le mérite, stimuler l'esprit d'entreprise » (Blair, 2002 : 265).

20. Jane Jenson (2000) a fait une analyse similaire de la politique canadienne de l'investissement dans l'enfance tout en soulignant les nombreuses similitudes avec la politique britannique.

21. L'expression « État investisseur social » est celle proposée dans la version française de *The Third Way* parue en 2002.

Pour Saint-Martin, une telle entreprise laisse entrevoir une transformation dans l'idée même de protection et de sécurité sociales :

[...] dorénavant, l'investissement se fera sans doute moins dans le renforcement des mailles du filet de protection, que dans ceux et celles qui se balancent au dessus du filet [...] les « acrobates/travailleurs » qui sautent et volent d'un trapèze (emploi) à un autre et qui comptent sur leur seule force et leur talent pour ne pas tomber (sans emploi). L'idée est de donner des « ailes » aux « trapézistes » de sorte qu'ils aient de moins en moins besoin du filet (Saint-Martin, 2000 : 46).

Les modes d'intervention qui caractérisent le programme Sure Start montrent à quel point l'action étatique de lutte à l'exclusion sociale exige des personnes qualifiées d'exclues, ou à risque de l'être, de construire « leur capital humain ». Comme l'ont souligné Cantelli et Genard (2007), la nécessité, voire l'obligation, de développer ce « capital » alimente désormais de nombreux pans de l'action publique et se manifeste de différentes façons :

[...] appels constants à l'autonomie à l'égard des publics en dépendance, qu'il s'agisse des objectifs pédagogiques de l'enseignement maternel ou primaire ou des finalités thérapeutiques en santé mentale ; projet d'éducation des parents de jeunes en difficulté en vue de les « responsabiliser » ; [...] initiatives culturelles se proposant de susciter des « citoyens actifs » (Cantelli et Genard, 2007 : 13-14).

Dans un article publié en 2004, Ron Labonte résume en quelques mots la place qu'occupent ces deux discours, moraliste et intégrationniste, dans la conception de l'exclusion sociale véhiculée par le New Labour :

Si vous avez un emploi, vous êtes *OK* et plus susceptible de démontrer une attitude et des comportements qui soient socialement inclusifs et cohésifs. Si vous ne travaillez pas, vous risquez d'être pauvre, de dépendre de l'aide sociale et d'être enclin à l'abus de drogue, à l'hooliganisme et au crime (Labonte, 2004 : 119).

Cette interprétation est tout à fait en phase avec les propos tenus par Blair peu après son entrée au pouvoir, à savoir qu'en investissant dans le capital humain, l'État contribue à la fois « au progrès de l'employabilité » et à la lutte contre les « causes souterraines de la criminalité » (Blair, 1998). Dans son esprit, faire face à notre « monde en mutation » exige de trouver des réponses appropriées à deux questions : « Comment nous équiper au mieux en vue du changement économique ? Et comment imposer un certain ordre au bouleversement social ? » (Blair, 1998.)

Manifestation du déploiement progressif d'un État d'investissement social venant se substituer à l'État-providence, Sure Start s'inscrit résolument dans une perspective d'égalité des chances (*equality of opportunities*). Sous le gouvernement Blair, « *Opportunity for All* » est devenu le slogan de la lutte contre l'exclusion sociale²².

L'ÉGALITÉ DES CHANCES ET LA LUTTE À L'EXCLUSION

Pour le New Labour, c'est l'égalité des chances qui permet d'atteindre une plus grande justice sociale. Cette perspective fut largement promue par la Commission sur la justice sociale mise sur pied par le chef du Labour Party, John Smith, après sa défaite à l'élection de 1992. L'idée directrice du rapport de la Commission (CSJ, 1994) est que la justice sociale passe par une redistribution des chances et non seulement par une redistribution des revenus. En effet, la Commission met l'accent sur l'interdépendance, et non sur l'opposition, entre l'efficacité économique, la cohésion sociale et la justice sociale (Levitas, 2005).

Devenu chef du New Labour, Blair s'est inscrit dans cette ligne de pensée, tout en la prolongeant. La justice sociale, affirme-t-il constitue une valeur-clé qui a trop souvent été « négligée ou déformée », notamment par la « gauche traditionnelle ». Sa critique à l'endroit de cette « gauche » est sans équivoque : elle aurait « abandonné son devoir d'offrir aux individus un éventail d'opportunités suffisant pour les faire progresser ainsi que leurs familles ». L'égalité des chances aurait ainsi été étouffée « au profit d'une idée d'égalité abstraite » (Blair, 2002 : 230)²³. À ses yeux, la position d'une « gauche progressiste » est de faire en sorte que les obstacles à une « réelle égalité des chances » soient surmontés. Ce qui, prendra-t-il soin de souligner, ne suppose pas « une uniformité obtuse en matière de protection sociale et de secteur public » (*ibid.* : 230). Au contraire, il propose d'éviter « des formes rigides de participation ou de financement de l'État. Le pragmatisme décide qui, du privé ou du public, offre le meilleur service » (*ibid.* : 262).

22. *Opportunity for all* est aussi le titre des rapports annuels produits par le Department for Work and Pensions (DWP) pour rendre compte des progrès en matière de pauvreté et d'exclusion sociale.

23. Cette position est aussi celle qu'a défendue Giddens dans son ouvrage *The Third Way*. Ce dernier souligne en effet qu'il faut repenser la redistribution pour « en infléchir l'orientation vers la 'redistribution des possibilités'. La culture du potentiel humain devrait autant que possible remplacer une « redistribution » désormais éculée » (Giddens, 2002 : 111).

La place éminente qu'occupe désormais l'égalité des chances dans la lutte à l'exclusion résulte, selon Borgetto (2000), d'une double prise de conscience : 1) de nombreux pays industrialisés sont traversés par des crises sociétales²⁴ et 2) une stricte application de l'égalité en droit ne tient pas compte des « inégalités de moyens » et n'aboutit finalement qu'à « renforcer les inégalités sociales et les phénomènes d'exclusion » (Borgetto, 2000 : 120).

Aux yeux de ses promoteurs, le principe d'égalité des chances repose sur une conception « *équitable et concrète* » de l'égalité, notamment en ce qui concerne l'accès aux services. Il implique que « des aménagements soient apportés à l'égalité en droit afin que chacun ait les mêmes *chances* non seulement de bénéficier des prestations [du service] mais encore, grâce précisément à ces prestations, de s'épanouir et de développer ses potentialités à l'instar de tous » (Borgetto, 2000 : 120, en italique dans le texte). Ces aménagements prennent la forme de « droits différenciés » et de « discriminations positives » en faveur des populations qui disposent de moins de « moyens ». L'application du principe d'égalité des chances est vue comme contribuant à l'avènement d'une société à la fois plus juste et plus performante. Elle sera qualifiée de plus juste, souligne Borgetto, puisque que chacun y est « appréhendé en fonction de ses besoins concrets et donc n'est pas pénalisé d'emblée par tel handicap quasi insurmontable ». On la qualifiera également de plus performante du fait que les individus sont « présumés d'autant plus productifs que ladite société recherche la justice et l'égalité des chances » (Borgetto, 2000 : 130).

Le programme Sure Start, dont nous avons discuté plus haut, s'inscrit dans une telle logique. En offrant des services spécifiques aux enfants des quartiers défavorisés, il vise à leur procurer un contexte favorable à leur développement physique, cognitif et émotionnel, grâce à des programmes d'éducation précoce, à des services de garde, à des services de santé, mais aussi à des services devant soutenir l'intégration ou la réintégration de leurs parents sur le marché du travail. Il repose

24. En prenant pour exemple la France, Borgetto (2000) a précisé que de multiples phénomènes sont considérés comme des manifestations de ces crises : taux de chômage élevé et persistant, malgré les diverses mesures d'aide à l'emploi ; situations de violence qui persistent dans certaines banlieues ; incapacité du système scolaire à procurer à tous les jeunes une formation adaptée au marché de l'emploi ; proportion toujours plus grande de la population dont la subsistance dépend de prestations sociales ; accroissement des écarts sur le plan des salaires et des patrimoines.

sur l'idée que les services offerts contribueront à développer leur employabilité et leur responsabilité, « permettant à chacun d'aller plus loin, et d'aller plus haut » (Blair, 1998). En d'autres termes, il entend réduire la transmission intergénérationnelle des désavantages et promouvoir une éthique du travail (*work ethic*) chez les populations « exclues » ou « à risque de l'être ». L'effet postulé est que tous pourront « participer, à chances à peu près égales, au jeu social » (Borgetto, 2000 : 130).

Notre analyse du programme Sure Start laisse entrevoir à quel point la lutte à l'exclusion sociale est orientée vers la prestation de services de proximité aux populations vivant dans des quartiers défavorisés. Ces quartiers deviennent, sinon la seule, du moins la principale cible de l'action publique en matière de lutte à l'exclusion. Pour le New Labour, la prestation de services aux enfants (et leurs parents) qui y vivent est vue comme l'avenue à privilégier pour que chaque citoyen et futur citoyen puisse développer son plein potentiel et ses talents et acquérir une chance égale de pouvoir gravir les échelons de la hiérarchie sociale. Si l'on suit cette logique, il n'y aurait dans la social-démocratie renouvelée que promeut le New Labour, « [...] ni droit exclusif, ni distinction inaccessible ou position réservée » (Tournadre-Plancq, 2006 : 154-55).

Fondé sur la reconnaissance de l'existence d'« inégalités de moyens », c'est-à-dire de différences dans la situation réelle de chacun dans l'accès *de fait* aux droits, le principe d'égalité des chances – sur lequel repose, parmi d'autres, le programme Sure Start – a une portée non négligeable. Il incite en effet à prendre en considération les « inégalités de moyens » dans l'élaboration de politiques, de programmes et d'intervention de manière à ce que l'accès aux droits et aux services soit réel et non seulement postulé. Toutefois, en optant pour un modèle basé sur la promotion de l'égalité des chances – celle-ci devant se concrétiser grâce à une prestation élargie de services auxdits exclus ou aux personnes à risque de l'être –, le New Labour a aussi opté pour la forme de justice sociale « la plus étroite » (Jenson, 2000 : 21). C'est au développement de cette argumentation que nous consacrons les paragraphes suivants.

L'ASSISTANCE AUX EXCLUS : UNE QUESTION DE JUSTICE SOCIALE ?

La lutte à l'exclusion sociale élaborée par le New Labour met en scène deux groupes d'acteurs ; d'une part, des populations, qui en raison

de leurs conditions et de leurs modes de vie, se retrouvent dans une situation d'inégalités de moyens et, ce faisant, ont besoin d'assistance ; d'autre part, l'État qui, au nom de la justice sociale, doit faire en sorte que cette assistance soit fournie. Le fil conducteur du scénario pourrait, comme nous l'avons avancé ailleurs, être résumé en quelques mots : « *Panser les exclus* » (Pelchat et Thomassin, 2008). De cette mise en scène, d'autres acteurs sont absents. Sont évacués de la réflexion sur l'exclusion sociale les rapports, certes complexes, entre les populations qui sont qualifiées d'exclus et celles qui ne le sont pas, les liens étroits que les actions de ces « inclus » entretiennent avec les conditions de vie de ceux et de celles qui sont qualifiées d'« exclus » ou de « personnes à risque d'exclusion ». Ici, le New Labour a ignoré, du moins en partie, une des propositions avancées par Anthony Giddens, l'un des principaux penseurs britanniques de la Troisième Voie. Dans son ouvrage sur le renouvellement de la social-démocratie, ce dernier insiste en effet sur l'importance de ne pas dissocier « l'exclusion de ceux qui sont en bas de l'échelle » des pratiques de ceux qui sont « au sommet de l'échelle sociale » (Giddens, 2002 : 115). Il propose ainsi de « mettre au jour les mécanismes de séparation sociale, économique et culturelle », entre autres « le désengagement des élites face à leurs responsabilités sociales et économiques, notamment face aux obligations fiscales » (Giddens, 2002 : 208).

L'évasion fiscale et la mise en œuvre de tous les moyens pour payer le moins d'impôt possible apparaissent comme autant de formes de démission de ses devoirs civiques. [...] Les moralisateurs qui demandent de manière insistante aux bénéficiaires des services sociaux de faire preuve de civisme feraient mieux d'exiger la même attitude des chefs d'entreprise et d'autres groupes d'élite (Giddens, 2002 : 218-220)²⁵.

Si l'on suit cette ligne de pensée, une des cibles d'intervention de l'État devrait être « ces groupes de privilégiés [qui] se réfugient de plus en plus dans des forteresses communautaires et tendent à se retirer des systèmes éducatifs et de santé publics » (*ibid.*). Dans son dernier ouvrage publié à la fin du règne de Blair et intitulé, *Over to You, Mr Brown*, Giddens réaffirmera l'obligation de l'État de promouvoir, à l'échelle nationale et internationale, la responsabilité des entreprises : « Nous devons contester la culture de l'irresponsabilité, ou de l'individualisme égocentré (*me first individualism*) qui prévaut dans certains cercles de la haute

25. La traduction française d'une partie de l'ouvrage *The Third Way and its critics* a été publiée dans Giddens et Blair (2002).

finance » (Giddens, 2007 : 5). Dès lors, il attribue à la lutte à l'exclusion sociale un sens qui déborde le modèle classificatoire adopté par le New Labour, c'est-à-dire un modèle centré sur l'assistance aux dits exclus.

Une telle perspective est également défendue par Ruth Levitas (2002, 2005) qui conteste le maintien des groupes les plus favorisés, de leurs responsabilités et de leur « morale », à l'extérieur des analyses du phénomène de l'exclusion sociale. À ses yeux, le recours à cette notion devrait précisément servir à attirer l'attention sur « les niveaux de l'inégalité globale en Grande-Bretagne aussi élevés qu'il y a un siècle ou sur les privilèges et la fortune grandissants des riches » (Levitas 2002 : document sans pagination). L'un des traits marquants des politiques et des discours du New Labour est bien cette absence de discussion sur la façon de persuader les populations nanties de « payer les taxes existantes ou à assumer une hausse de celles-ci, sur la manière de les dissuader de se retirer des institutions publiques [...] » (Levitas, 2005 : 228).

Portée par un discours moralisateur et intégrationniste, la lutte à l'exclusion mise en place par le New Labour n'a dans les faits accordé qu'une place marginale à un troisième discours sur l'exclusion ; un discours qui fait de la redistribution des richesses et des revenus (*redistributive discourse*) sa ligne directrice, que ce soit par des mesures fiscales, des législations sur le salaire minimum ou des prestations sociales (Levitas, 2005).

Dans la conception de l'exclusion sociale adoptée par le gouvernement Blair n'apparaît pour ainsi dire aucun groupe social bénéficiant des disparités entre les membres de la société, ou intéressé à maintenir cette disparité. La responsabilisation de cette partie de la population quant à ses devoirs face à la société en général est loin d'occuper une place centrale. Dans un article récent, Wendy Thomson (2007), qui a dirigé le Bureau de la réforme de la fonction publique pendant le mandat de Tony Blair, soutient toutefois, à l'opposé de ce que nous avançons ici, que l'une des particularités de la politique britannique en matière d'exclusion sociale est précisément d'avoir recadré ce phénomène dans des relations de pouvoir et d'avoir reconnu que les populations défavorisées n'étaient pas les seules en cause. Mais, le sens qu'elle donne à cette reconnaissance de l'*agency of both parties* consiste essentiellement à signaler que, dans la lutte à l'exclusion sociale entreprise par le New Labour, « les individus ne sont ni complètement responsables ni complètement victimes de leur exclusion » (*ibid.* : 280, notre souligné). Ici, elle n'invite aucunement à réexaminer le sens attribué à la notion

d'exclusion sociale, de manière à l'ancrer davantage dans un discours qui remettrait en question les modes de redistribution des richesses et des revenus ou encore les pratiques de subordination de nature symbolique et culturelle, ces deux dimensions de la justice sociale²⁶.

Le New Labour a plutôt eu tendance à faire de l'exclusion un phénomène dissocié et dissociable de toute « contrepartie excluante ». Tout compte fait, la lutte britannique à l'exclusion sociale ne donne à voir qu'une vision banalisée des rapports entre groupes sociaux. Elle ne tient pas compte de l'« enfermement dedans », selon l'expression de Christopher McAll (2008), c'est-à-dire l'inclusion de personnes et de catégories de population dans un rapport de domination ou de soumission.

En postulant une égalité des chances à laquelle chacun pourrait accéder dans la mesure où il déploie ses talents et les efforts requis, la lutte britannique à l'exclusion tend à faire oublier le rapport de force et les conflits d'intérêts entre ceux qui ont « hérité des avantages » et ceux qui ont « hérité des désavantages ». Ce faisant, « [l]es exclus ne sont pas considérés comme des victimes, mais plutôt les résultats d'échecs d'autogouvernance, incapables ou non désireux de capitaliser de manière appropriée sur leur propre vie » (Gillies, 2005 : 837). L'État investisseur social, orienté vers le développement du capital humain, se donne pour mandat de déployer les actions nécessaires pour remédier à ces échecs d'autogouvernance.

Sous le gouvernement Blair, le New Labour a certes fait de la justice sociale l'une de ses valeurs clés. Reconnaisant l'existence « d'inégalités de moyens », il a donné à sa lutte à l'exclusion une forme singulière : l'assistance auxdits exclus dans une perspective d'égalité des chances. Le programme Sure Start en est une figure exemplaire. Toutefois, le principe d'égalité des chances, et les modalités d'intervention qui en découlent, ne sont pas dépourvus d'ambiguïtés et de dangers

26. Selon Fraser (2005 : 16-17), l'injustice est toujours une forme de déni de parité. Ce déni peut être observé dans différentes pratiques. Sur le plan symbolique, il peut s'agir de « modèles d'interprétation et de communication qui sont ceux d'une autre culture, et qui sont étrangers ou hostiles à la sienne propre » ; de « pratiques autoritaires de représentation, de communication ou d'intégration de sa propre culture » ou de « représentations culturelles stéréotypiques ». Ce déni peut aussi être observé dans des pratiques d'exploitation (appropriation du travail des autres), dans des pratiques de marginalisation économique qui confinent les travailleurs dans des emplois pénibles ou mal payés ou qui dénie simplement l'accès à l'emploi et engendrent le dénuement. Le lien entre exclusion et déni de parité est commenté plus avant dans la conclusion générale du présent ouvrage.

bien réels. À ce sujet, Borgetto (2000) avance qu'une action publique centrée essentiellement sur la promulgation de droits différenciés et de discriminations positives peut favoriser l'émergence et la consolidation d'une représentation duale de la société, celle-ci regroupant désormais des « assistés », c'est-à-dire des populations qui bénéficient de services ou de prestations qui leur sont réservés, et des « non-assistés ». Elle peut aussi contribuer à une remise en cause, par les « non-assistés », de cette relation d'assistance ; ces derniers se percevant comme les pourvoyeurs de certains services destinés à des populations spécifiques, services auxquels ils n'ont pas accès et dont ils ne tireraient aucun profit (Borgetto, 2000).

Si ces risques doivent être pris au sérieux, il en est un autre que l'on ne saurait taire : celui du renforcement de la légitimité des inégalités économiques au nom du principe d'égalité des chances. Comme le souligne Borgetto (2000), c'est précisément ce que laisse entrevoir la pétition de principe formulée par Rawls :

La société doit prendre en considération l'efficacité économique et les exigences de l'organisation et de la technologie. S'il y a des inégalités de revenus et de fortune, des différences d'autorité et des degrés de responsabilité qui tendent à améliorer la situation de tous par rapport à la situation d'égalité, pourquoi ne pas les autoriser ? (Rawls, 1987, cité par Borgetto, 2000 : 131.)

Alors que les inégalités dans l'accès aux droits et aux services sont vues comme venant à l'encontre de la justice sociale et rendent imaginables des mesures différenciées et des discriminations positives, il en est autrement pour les inégalités de revenus et de fortune. Loin de relever de l'injustice, celles-ci seraient au contraire porteuses d'une plus grande justice sociale puisqu'elles permettraient la prestation de plus de services et de plus d'assistance au profit des populations les plus défavorisées. L'existence des inégalités de revenus et de fortune se voit ainsi légitimée. En résumé, « il s'agit ni plus ni moins de donner, dans le même temps où sont combattues certaines inégalités réelles, une pleine et entière *légitimité* à d'autres inégalités tout aussi réelles » (Borgetto, 2000 : 132, en italique dans le texte). Partant du principe qu'il serait « illégitime » de leur porter atteinte, compte tenu de leur caractère à la fois « juste et efficace », il ne reste plus qu'à s'accommoder de ces inégalités de revenus et de fortune. Pour reprendre les propos récents de Giddens, le New Labour a eu tendance à aborder le capitalisme comme une « boîte noire ». Sa préoccupation pour les services publics tranche étrangement avec l'absence de discussion sur la nature du capitalisme, présenté comme un fait avec lequel il doit composer

plutôt que devant être transformé (Giddens, 2007 : 5). L'adoption d'une telle avenue a certes été un atout important dans la mise en œuvre de la « Troisième Voie » et de sa réforme de la social-démocratie. D'une part, le principe d'égalité des chances permet de cautionner, au nom de la justice sociale, des droits différenciés et des discriminations positives, ce qui, rappelle Borgetto (2000 : 131), contribue à satisfaire les préoccupations des tenants d'une certaine social-démocratie. D'autre part, il permet de légitimer l'existence des inégalités de revenus ou de fortune, l'une des préoccupations fondamentales des libéraux.

CONCLUSION

Cette incursion au cœur de la politique britannique d'investissement dans l'enfance et, plus spécifiquement du programme Sure Start, invite à s'interroger sur l'apport réel de l'introduction de la notion d'exclusion sociale dans les politiques et les programmes gouvernementaux britanniques. Selon John Hills (2002), le recours à cette notion a suscité plusieurs réserves en Grande-Bretagne. Certains y ont vu une simple stratégie de langage pour poursuivre le développement de politiques de lutte à la pauvreté sans avoir à utiliser le mot « pauvreté », un terme dont l'usage fut pour ainsi dire banni par le gouvernement Thatcher²⁷. D'autres y ont vu au contraire une façon de détourner l'attention de questions « plus difficiles à résoudre » et plus « coûteuses » telles que le dénuement matériel, l'insuffisance des revenus et la redistribution. Le recours à la notion d'exclusion fut aussi perçu comme une autre avenue pour faire valoir l'existence d'une certaine « culture de la pauvreté ». Certains analystes ont également qualifié cette notion de « trop incohérente et empreinte de confusion pour servir adéquatement l'élaboration de politiques et la recherche » (Room, 1999 : 166). Mais, *en pratique*, affirme Hills, l'introduction de cette nouvelle notion dans les milieux gouvernementaux, n'a pas provoqué de changements majeurs dans la façon de penser l'intervention de l'État, ni dans un sens, ni dans l'autre.

La question de l'exclusion sociale, telle qu'elle a été construite dans les milieux gouvernementaux britanniques, est, nous l'avons vu, demeurée prisonnière d'une perspective centrée sur le cumul des désavantages ou de « facteurs de risque », selon un modèle propre à l'épidémiologie sociale (Pelchat et coll., 2006). Or, pour rendre imaginables

27. Sur cette question, voir aussi Levitas (2005, chapitre 10).

de nouvelles pistes d'intervention, l'exclusion doit, nous semble-t-il, être conceptualisée dans des termes sensiblement différents. Dépasser un mode classificatoire pour la lier davantage aux rapports entre groupes sociaux, aux dynamiques et aux pratiques qui induisent ces « facteurs de risque ».

Ailleurs, nous avons soutenu, à la suite de Jacques Rancière, que de façon générale les « exclueurs » n'existent pas comme catégorie de population susceptible d'être interpellée dans la lutte contre l'exclusion sociale (Pelchat et coll., 2006, Pelchat et Thomassin, 2008)²⁸. Alors que dans la lutte des classes ouvrières la catégorie « exploités » était accompagnée de celle d'« exploités » ou d'« exploitants » (Saint-Martin, 2000), dans la lutte à l'exclusion sociale la catégorie « exclus » se voit pour sa part dotée d'une existence autonome (Karsz, 2004). Si les exploités avaient un adversaire, lesdits exclus en sont pour leur part privés. Ils vivent avec des « facteurs de risque » qu'ils parviendront dans certains cas à réduire grâce au soutien financier et aux services offerts par l'État. Cette façon de penser la « lutte » à l'exclusion (qui n'en est plus tout à fait une puisqu'elle est privée d'adversaires) apparaît tout à fait conséquente avec la position qu'adoptait Blair dans un discours prononcé en 1996, l'année précédant son entrée au pouvoir : « Oubliez le passé. Ce n'est plus une question d'employeurs contre employés. Vous êtes tous du même côté, dans la même équipe : la Grande-Bretagne unie. » (cité dans Levitas, 2005 : 114.) Comme l'a fait remarquer Levitas (2005 : 186), « la définition de l'exclusion sociale adoptée par le New Labour est partie prenante d'une « construction discursive des conflits sociaux comme étant pathologiques ».

Certes le mot « exclusion » fait image. Mais qu'est-ce qui s'y fixe ? Que des populations vivant des situations de grand dénuement, sans logis, parfois aussi sans papier, ces dits exclus ? Donne-t-elle également à voir des pratiques de subordination, de déni de parité ? Y voit-on « l'acte d'exclure » ? Le vocabulaire de l'exclusion sociale peut sans

28. C'est aussi ce que soutiennent Jehoel-Gijsbers et Vrooman (2004 : 3) : « L'acteur de l'exclusion sociale (les « exclueurs »), fait fréquemment défaut dans le débat sur l'exclusion sociale tel qu'il est mené dans le cadre des études européennes et dans la plupart des Plans d'action nationaux. [...] Il peut s'agir des pouvoirs publics [...] Il peut aussi s'agir des instances chargées de mettre en œuvre la politique des pouvoirs publics (par exemple dans le domaine des allocations, des soins de santé ou du bien-être). [...] Il peut encore s'agir d'organisations qui ne dépendent pas des pouvoirs publics, telles que les associations d'usagers, les groupements d'intérêts ou les entreprises. Sur le plan individuel, les citoyens peuvent aussi exclure et rejeter moralement des personnes qui sont 'différentes' ».

doute être porteur d'un renouvellement de l'action publique, mais à la condition de refuser que cette notion soit délestée de toute « contrepartie excluante ». En effet, si elle devenait la seule imaginable, une conception de l'exclusion qui ne mettrait en scène que des « exclus » ferait certes courir un risque non négligeable à l'élaboration et à la mise en œuvre de luttes contre les situations de « déni de parité ».

Sans la conceptualisation d'une telle contrepartie, donc de rapports sociaux conflictuels, la notion d'exclusion n'apparaît d'aucun secours pour mettre au jour des situations d'injustice là où, précisément, d'autres persistent à ne voir que de la malchance et parfois aussi à chercher les solutions dans le psychologique et non dans le politique. Le principe d'égalité des chances peut, si on n'y prend garde, être porteur d'une telle lecture. En effet, une fois que l'on considère, qu'en raison de l'éventail des services qui leur sont destinés, les populations les plus défavorisées ont effectivement une chance égale, « le fait d'échouer dans toutes les sphères » — ce qui est somme toute la définition attribuée par le New Labour à l'exclusion — « n'est plus considéré comme le résultat ou le signe visible d'une oppression ou d'une injustice » (Walzer, cité dans Tournadre-Plancq, 2006 : 156).

Lorsque le vocabulaire du développement du capital humain et de l'égalité des chances se substitue à celui de la conflictualité, des classes sociales, des rapports sociaux de subordination ou d'exploitation, lorsque le vocabulaire du « gagnant-gagnant » se substitue à celui des rapports de force et des intérêts opposés, c'est l'exercice même de la démocratie qui est en cause, c'est-à-dire la pratique de « l'action collective menée par des citoyens qui se mobilisent afin de faire valoir leurs revendications et ainsi, se servent de l'État pour combattre toutes les formes d'inégalités » (Jenson, 2000 : 22).

RÉFÉRENCES

- Barry, B. (1998), *Social Exclusion, Social Isolation and the Distribution of Income*, Londres, CASE paper.
- Béland, D. (2007), « The social exclusion discourse : ideas and policy change », *Policy and Politics*, vol. 35, n° 1, p. 123-139.
- Bidet, J. (2000), « Égalité des chances et principe de différence. Une réinterprétation » dans G. Koubi et G.J. Guglielmi (dir.) *L'égalité des chances : analyses, évolutions, perspectives*, Paris, Éditions La Découverte, p. 51-67.
- Blair, T. (2006a), *Speech on Healthy Living*, (<http://www.pm.gov.uk/output/Page9921.asp>. Consulté sur Internet le 13 août 2006).

- Blair, T. (2006b), *Our Nation's Future : Social Exclusion* (<http://www.pm.gov.uk/output/Page10037.asp>. Consulté le 10 mai 2007).
- Blair, T. (2002 [1998]), « La Troisième Voie. Une politique nouvelle pour le nouveau siècle » dans A. Giddens et T. Blair, *La Troisième Voie. Le renouveau de la social-démocratie*, Paris, Éditions du Seuil, p. 225-258.
- Blair, T. (2002 [2001]), « La Troisième Voie, acte II » dans A. Giddens et T. Blair, *La Troisième Voie. Le renouveau de la social-démocratie*, Paris, Éditions du Seuil, p. 261-267.
- Blair, T. (1998), *Réception dans l'hémicycle de M. Tony Blair, Premier Ministre du Royaume-Uni, de Grande-Bretagne et de l'Irlande du nord*, Supplément au journal officiel de la République française, débats parlementaires (<http://www.assemblee-nationale.fr/international/reception-angleterre-cr.asp>. Consulté le 7 août 2006).
- Borgetto, M. (2000), « Équité, égalité des chances et politique de lutte contre les exclusions » dans G. Koubi et G.J. Guglielmi (dir.) *L'égalité des chances : analyses, évolutions, perspectives*, Paris, Éditions La Découverte, p. 115-138.
- Burchardt, T., LeGrand, J. et D. Piachaud (2002), « Introduction » dans J. Hills, J. LeGrand et D. Piachaud (dir.) *Understanding Social Exclusion*, Oxford, Oxford University Press, p. 1-12.
- Byrne, D. (2005), *Social exclusion*, Berkshire, Open University Press, seconde édition.
- Cantelli, F. et J.L. Genard (2007), « Jalons pour une sociologie politique de la subjectivité », dans F. Cantelli et J.L. Genard (dir.) *Action publique et subjectivité*, Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, p. 13-40.
- Commission on Social Justice (CSJ) (1994), *Social Justice : Strategies for Social Renewal*, Londres, Vintage.
- Corcuff, P. (2002), *La société de verre. Pour une éthique de la fragilité*, Paris, Armand Colin.
- DfES (2005), *Sure Start Children's Centres : Praticte Guidance*, Nottingham, Departement for Education and Skills.
- DfES (2004), *Working Together : A Sure Start Guide to the Childcare and Early Education field*, Nottingham, Departement for Education and Skills.
- DfES (2003), *Every Child Matters*, Nottingham, Department for Education and Skills.
- DfES et DWP (2006), *Choice for Parents, Best Start for Children : Making it Happen*, Nottingham, Departement for Education and Skills et Department for Work and Pensions.
- DH (2007), *Delivering health services through Sure Start Children's Centres*, Londres, Departement of Health.
- DH (2003), *Tackling Health Inequalities : A Programme for Action*, Londres, Department of Health.
- Fawcett, B., Featherstone, B. et J. Goddard (2004), *Contemporary Child Care Policy and Practice*, Hampshire, Palgrave Macmillan.
- Fraser, N. (2005), *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, Éditions La Découverte.
- Giddens, A. (2007), *Over to You, Mr Brown*, Cambridge, Polity Press.

- Giddens, A. (2002 [2000]), « La Troisième Voie et ses réponses aux critiques » dans A. Giddens et T. Blair, *La Troisième Voie. Le renouveau de la social-démocratie*, Paris, Éditions du Seuil, p. 165-222.
- Giddens, A. (2002 [1998]), « La Troisième Voie. Le renouveau de la social-démocratie » dans A. Giddens et T. Blair, *La Troisième Voie. Le renouveau de la social-démocratie*, Paris, Éditions du Seuil, p. 19-162.
- Gillies, V. (2005), « Raising the « meritocracy » : Parenting and the individualization of social class », *Sociology-the Journal of the British Sociological Association*, vol. 39, p. 835-853.
- Glass, N. (2006), « Sure Start : where did it come from ; where is it going ? », *Journal of Children's Services*, 1, p. 51-57.
- Glass, N. (1999), « Sure Start : The Development of an Early Intervention Programme for Young Children in the United Kingdom », *Children & Society*, vol. 13, p. 257-264.
- Gustafsson, U. et S. Driver (2005), « Parents, Power and Public Participation : Sure Start, an Experiment in New Labour Governance », *Social Policy & Administration*, vol. 39, n° 5, p. 528-543.
- Hills, J. (2002), « Does a Focus on 'Social Exclusion' Change the Policy Response ? », dans J. Hills et coll. (dir.) *Understanding Social Exclusion*, Oxford, Oxford University Press, p. 226-243.
- HM Treasury (1998), *Modernising public services for Britain—investing in reform*. Londres, Stationery Office.
- Jehoel-Gijsbers, G. et C. Vrooman (2004), *L'exclusion sociale aux Pays-Bas. Construction d'un modèle de facteurs de risques en matière de pauvreté et d'exclusion sociale*, Troisième table ronde sur la pauvreté et l'exclusion sociale, 18-19 octobre 2004, Rotterdam.
- Jenson, J. (2000), « Le nouveau régime de citoyenneté du Canada : investir dans l'enfance », *Lien social et politiques*, n° 44, p. 11-23.
- Karsz S. (dir) (2004), *L'exclusion, définir pour en finir*, Paris, Dunod.
- Labonte, R. (2004), « Social inclusion/exclusion : dancing the dialectic », *Health Promotion International*, vol. 19, p. 115-121.
- Levitas, R. (2005), *The Inclusive Society ? Social Exclusion and New Labour*, Hampshire, Macmillan Press Ltd, 2^e édition.
- Levitas, R. (2002), « Pauvreté, exclusion sociale et redistribution : la réponse britannique », *Raisons politiques*, vol. 2, n° 6, p. 7-21.
- Levitas, R. (1999), « Defining and Measuring Social Exclusion : a Critical Overview of Current Proposals », *Radical Statistics*, no. 71, p. 1-12 (www.radstats.org.uk/no071/article2.htm).
- Lessof, C. et R. Jowell (2000), « Measuring Social Exclusion », London, CREST Working Paper n° 84.
- Lister, R. (2006), « Children (but not women) first : New Labour, child welfare and gender », *Critical Social Policy*, vol. 26, n° 2, p. 315-335.

- Lister, R. (2003), « Investing in the Citizen-workers of the Future : Transformations in Citizenship and the State under New Labour », *Social Policy and Administration*, vol. 37, n° 5, p. 427-443.
- Maisondieu, J. (1997), *La fabrique des exclus*, Paris, Bayard.
- McAll, C. (2008), « Au cœur des inégalités de santé : l'exclusion et l'inclusion comme rapports » dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Dynamiques d'inclusion et rapports d'exclusion*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 15-26.
- Myles, J. et J. Quadagno (2000), « Envisioning a Third Way : The Welfare State in the Twenty-first Century », *Contemporary Sociology*, vol. 29, n° 1, p. 156-167
- National Action Plan (2006), *Sure Start Children's Centres*, The Stationery Office, Londres.
- NESS (2005), *National Evaluation Report : Early Impacts of Sure Start Local Programmes on Children and Families Report of the Cross-sectional Study of 9-and 36-Month Old Children and their Families*, Nottingham, Department for Education and Skills.
- Parazelli, M. (2004), « Le renouvellement démocratique des pratiques d'intervention sociale », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 1, p. 9-32.
- Parazelli, M. et coll. (2003), « Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques », *Service social*, vol. 50, p. 81-121.
- Parton, N. (2006), *Safeguarding Childhood : Early Intervention and Surveillance in a Late Modern Society*, Palgrave Macmillan, Hampshire.
- Pelchat Y., É. Gagnon et A. Thomassin (2006), « Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale », *Lien social et Politiques –RIAC*, n° 55, p. 55-66.
- Pelchat Y. et A. Thomassin (2008), « Panser les exclus, penser l'exclusion : retour sur la justice sociale », dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 27-40.
- Rancière, J. (n.d.), *L'exclusion existe-t-elle ? Les réponses de Jacques Rancière*, ([http : //www.cndp.fr/tr_exclusion/rep_ranc.html](http://www.cndp.fr/tr_exclusion/rep_ranc.html), consulté le 25 septembre 2007).
- Room, G. J. (1999), « Social exclusion, solidarity and the challenge of globalization », *International Journal of Social Welfare*, vol. 8, n° 3, p. 166-174.
- Saint-Martin, D. (2002), « Apprentissage social et changement institutionnel : La politique de 'l'investissement dans l'enfance' au Canada et en Grande-Bretagne », *Politique et Sociétés*, vol. 21, n° 3, p. 41-67.
- Saint-Martin, D. (2000), « De l'État-providence à l'État d'investissement social : Un nouveau paradigme pour enfant-er l'économie du savoir ? », dans L.A. Pal (dir.) *How Ottawa Spends 2000-2001 : Past Imperfect, Future Tense*, Toronto, Oxford University Press, p. 33-58.
- Schaut C. (2002), « Les nouveaux dispositifs de lutte contre l'exclusion sociale et l'insécurité en Belgique francophone : orientations, mise en œuvre et effets concrets », *Sociologie et sociétés*, vol. XXXIII, n° 2, p. 67-91
- Shklar, J. N. (1990), *The Faces of Injustice*, New Haven, Yale University Press.

- Social Exclusion Unit (SEU) (2004a), *Breaking the Cycle : Taking Stock of Progress and Priorities for the Future. A Report by the Social Exclusion Unit*, Office of the Deputy Prime Minister, London.
- Social Exclusion Unit (SEU) (2004b), *Mental Health and Social Exclusion : Social Exclusion Unit Report Summary*, Office of the Deputy Prime Minister, London.
- Thomson, W. (2007), « Labour's record on social exclusion in England », dans H. Dorvil (dir.) *Problèmes sociaux. Tome III, Théories et méthodologies de la recherche*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, p. 275-305.
- Tournadre Plancq, J. (2006), *Au-delà de la gauche et de la droite, une troisième voie britannique ?*, Paris, Éditions Dalloz.
- Watson, M., et C. Hay (2003), « The discourse of globalisation and the logic of no alternative : rendering the contingent necessary in the political economy of New Labour », *Policy and Politics*, 31, p. 289-305.
- Weinberger, J., Pickstone, C., et P. Hannon (dir.) (2005), *Learning from Sure Start : working with young children and their families*, New York, Open University Press.
- Welshman, J. (2006), « From the Cycle of Deprivation to Social Exclusion : Five Continues », *The Political Quarterly*, vol. 77, n° 4, p. 475-484.

CHAPITRE 3

L'exclusion au Brésil

L'incontournable Nation

Francine Saillant, Claudia Fuentes et Samira Dahi

Au Brésil, la notion d'exclusion circule largement dans l'espace public ; elle est omniprésente, ne serait-ce qu'à travers les préoccupations diverses qui entourent le grand nombre de personnes considérées comme pauvres dans un pays qui, selon les données nationales officielles et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), compte plus de 190 millions d'habitants¹. On trouve par exemple cette notion d'exclusion dans le vocabulaire des militants, des agences gouvernementales et non gouvernementales, dans les discours des sympathisants de même que dans les univers scientifique et politique. Le gouvernement actuel, dans un certain nombre de ses programmes, se préoccupe aussi d'exclusion ; la notion est alors largement associée à des thèmes comme ceux de la pauvreté et de la citoyenneté, mais aussi, comme nous le verrons, aux questions ethno-raciales, et cela n'est pas un hasard.

1. Voir les données de l'Institut de géographie et de statistique du Brésil : <http://www.ibge.gov.br/english/default.php>.

Cette notion est également utilisée par les scientifiques brésiliens. Elle l'est à première vue comme une sorte de vague nominatif qui paraît agglomérer des groupes de population jugés trop à l'écart et qui, selon certains, devraient être rapprochés d'un centre hypothétique, centre qui a plusieurs noms : classe moyenne, citoyenneté, normalité, inclusion, etc.

Dans le présent chapitre, notre intention est de clarifier le mieux possible les usages sociaux, politiques et scientifiques de la notion d'exclusion au Brésil à partir des écrits d'intellectuels et de chercheurs brésiliens. Elle est également de comprendre la construction socio-historique et sociopolitique dont elle est l'objet, au moyen d'un exemple précis, celui des Afro-Brésiliens². Ces derniers, soit tous les descendants de la population venue autrefois d'Afrique en tant qu'esclaves sont ceux de qui, avec les pauvres, il est le plus souvent question dans les écrits brésiliens associés à l'exclusion. En accordant une attention particulière à cette population, nous tenterons de voir comment le système de santé brésilien répond (ou non) aux problèmes liés à l'exclusion, de façon générale et en particulier pour les Afro-Brésiliens.

Le point de départ de cette recherche, largement documentaire³, fut un article inspirant de Didier Fassin (1996) portant sur la *marginalidad*, l'exclusion et l'*underclass* en Amérique latine. De cet article, il était possible de conclure que la notion d'exclusion occupait peu de place dans l'espace latino-américain, comparativement à celle de marginali-

-
2. Le terme Afro-Brésilien a été récemment retenu par le gouvernement brésilien pour nommer les descendants des esclaves africains vivant aujourd'hui en terre brésilienne. Nous avons retenu ce terme plutôt que celui de Noir (nettement politique). Le terme Afro-Brésilien est intéressant pour notre propos car il sert à inclure un sous-groupe à la nation brésilienne tout en soulignant sa différence (afro). L'afro-descendance renvoie davantage de la référence politico-culturelle au continent africain, et le terme commence à se répandre dans la diaspora. Le terme Noir est problématique et doit selon nous être réservé au mouvement noir et à ses dénominations propres. Nous avons donc choisi le terme Afro-Brésilien. Ce terme sera parfois remplacé par l'expression « Noirs et Métis » pour nommer une population au phénotype qui suppose une infinité de nuances ; dans les statistiques brésiennes actuelles la population afro-brésilienne regroupe les Noirs et les Métis.
 3. Le projet qui a rendu possible cet article fut présenté en introduction de ce livre. Notre contribution a toutefois tiré partie, en sus des apports de l'équipe de recherche, des différents terrains effectués par l'auteure principale, en particulier un terrain en cours touchant les demandes de réparations des Afro-Brésiliens, et aussi ceux des deux étudiantes co-auteurs, toutes deux brésiennes, effectuant des recherches sur cette société et dont les connaissances ont été mises à contribution. Nous remercions également Jaqueline Ferreira, chercheuse à la Fiocruz, de la lecture de la version finale et de ses commentaires de même que les collègues de l'équipe *Exclusion et santé*.

sation. Dans les journaux les plus importants du Brésil, par exemple la *Folha de São Paulo* ou le *Globo*, les pauvres sont d'ailleurs souvent qualifiés de « *marginais* », un terme péjoratif et pesant qui identifie et réifie ceux qui vivent de la rue et dans la rue, dans les espaces périphériques des grandes villes et que l'on associe souvent à la criminalité. Toutefois, l'affirmation de Fassin méritait d'être vérifiée, avant de conclure trop rapidement sur la pertinence de cette notion au Brésil. En effet, l'article de Fassin était basé sur quelques sources brésiliennes seulement. Or, le Brésil c'est presque la moitié de l'Amérique latine, plus de 200 langues parlées, une diversité culturelle défiant l'imagination, et peu de contacts entre l'Amérique hispanique et l'Amérique lusophone, les uns et les autres se suffisant à eux-mêmes, même si pour des raisons politiques et de globalisation, les frontières deviennent de plus en plus poreuses.

Afin de cerner l'usage de la notion d'exclusion au Brésil, les termes clefs suggérés par Fassin furent en partie retenus. Cependant, le terme *underclass* ne faisant pas de sens dans la langue portugaise⁴, nous lui avons préféré celui d'inégalité, car nos premières incursions dans les écrits nous ont montré l'importance de ce terme et de ses articulations avec le champ de la santé⁵. C'est donc à partir des termes marginalité, inégalité et exclusion (en portugais : *marginaldade*, *desigualdade*, *exclusão*) que la recherche fut effectuée⁶.

-
4. *Underclass* correspondrait dans la réalité brésilienne à *miseráveis* (les pauvres des pauvres) et il n'y a pas à proprement parler... nous le savions, de théorie associée à cette catégorie, sinon celle des inégalités sociales, incluant celles liées à la santé, dont les *miseráveis* (30 % de la population brésilienne) sont les victimes les plus criantes
 5. Et non pas parce qu'il faudrait concevoir *underclass* et inégalité comme des équivalents.
 6. Furent donc recherchés, principalement à l'aide de *Google Scholar*, de *SciELO* (plate-forme de revues brésiliennes équivalente à *Érudit* au Québec ou à *Persée* en France), et du moteur de recherche de la *Fiocruz* (Institut national de recherche en santé et collectivités au Brésil), les documents nécessaires les plus pertinents. Des recherches ont été faites à partir des combinaisons suivantes : exclusion+Brésil ; exclusion+santé+Brésil ; inégalité+Brésil ; inégalité+santé+Brésil ; marginalité+Brésil ; marginalité+santé+Brésil. Les requêtes ont été formulées séparément dans trois langues (anglais, portugais et français). Cette première série de requêtes donna des résultats qui orientèrent tout le reste de la démarche. Une centaine de textes ont d'abord été repérés. Les auteurs brésiliens, quelle que soit leur localisation, ont été généralement préférés aux autres, dans l'esprit de saisir leur vision spécifique. Les articles à teneur théorique, et dont la richesse conceptuelle paraissait élevée ont été systématiquement retenus. Nous avons aussi privilégié une forme de *mapping* assez large des applications de la notion dans différents secteurs et domaines, pour leur valeur illustrative. Une cinquantaine d'articles ont finalement été retenus, tous publiés entre 1990 et 2004, moment de la réalisation de cette recherche.

L'analyse que nous présentons consiste d'abord en une exploration des écrits théoriques brésiliens, peu nombreux, concernant l'exclusion. Nous voulons par là cerner l'existence éventuelle d'une théorie explicite locale mais englobante de l'exclusion et de ses rapports à la santé. Dans la deuxième section est abordée, toujours à partir des écrits brésiliens, l'exclusion de manière plus empirique. Ses différents aspects sont traités au moyen d'un exposé des divers « problèmes sociaux », d'abord ceux des populations les plus pauvres et ensuite ceux des Afro-Brésiliens. Un thème transversal et omniprésent dans cette section est celui de la violence. C'est sous cet angle que la notion d'exclusion est reprise de façon claire, explicite et redondante dans les écrits consultés.

Les écrits ont révélé les écarts importants qui séparent les Afro-Brésiliens du reste de la société brésilienne. Un tel constat a fait voir l'importance d'une démarche complémentaire, généalogique, qui permettrait de traiter plus en profondeur la construction socio-historique de l'exclusion des Afro-Brésiliens. Les résultats de cette démarche seront l'objet de la troisième section. Conformément avec la recherche d'ensemble dans laquelle ce texte s'inscrit, nous avons également voulu saisir la façon dont la notion d'exclusion occupe le champ de la santé. Nous avons, indirectement, exploré la manière dont le système de santé répond aux problèmes soulevés dans les sections précédentes, comment il cherche (ou non) à rejoindre « ses exclus ». Dans la quatrième section, nous verrons, entre autres, la place secondaire qui est accordée à la notion d'exclusion, dans le champ de la santé ; c'est plutôt la question des inégalités sociales de santé qui s'y présente avec force et qui structure les débats, bien que la « différence afro-brésilienne » en matière de santé soit tout à fait reconnue par les chercheurs. La conclusion, enfin, ouvre sur une discussion plus générale et conceptuelle concernant l'apport du cas brésilien à une théorie de l'exclusion. La proposition que nous développons tout au long de ce texte consiste à concevoir l'exclusion sous l'angle de la représentation que la société se fait d'elle-même en tant que référence et Nation, en tant que lieu d'appartenance et d'identités ; représentation qui se reflétera dans les pratiques, les programmes, les discours, dirigés (ou non) sur des groupes considérés comme exclus ou à risque d'exclusion. Cette représentation est saisissable à travers la généalogie de la Nation et la manière dont elle désigne ses membres, définissant du coup les appartenances et les non-appartenances, l'inclusion et l'exclusion. Alors que dans les sections précédentes la notion d'exclusion est traitée à partir de la manière dont les auteurs brésiliens

se la représentent, dans la conclusion nous dégageons notre propre vision de l'exclusion à laquelle nous joignons certaines propositions des auteurs brésiliens. Notre contribution, modeste, consiste alors à jeter les balises de ce que pourrait être une théorie de l'exclusion à la brésilienne.

QUEL STATUT POUR LA NOTION D'EXCLUSION AU BRÉSIL ?

Les auteurs qui se sont penchés spécifiquement sur les usages de la notion d'exclusion au Brésil sont plutôt rares. Voyons-en quelques exemples, notamment ceux de Magalhães (2001), de Ribeiro (1999) et de Zaluar (1997).

Magalhães (2001) présente de façon approfondie la théorie de l'exclusion, en reprenant certains auteurs français, notamment Castel, Lenoir et Paugam. Pour cette auteure, les processus de construction de la citoyenneté et de la crise des politiques sociales de l'État post-providentiel, telles qu'ils sont pensés dans les théories françaises de l'exclusion, ne s'appliqueraient pas au Brésil. À ses yeux, les interventions de l'État dans le combat à la pauvreté sont timides et précaires, les droits sociaux de base n'étant pas assurés à la population. Aux effets du chômage structurel, s'ajoute la désagrégation des mécanismes d'intégration : le pays souffre d'énormes inégalités sociales ; les instruments nécessaires à l'enracinement de la citoyenneté participative sont faibles ; les relations sociales sont complexes ; de grands segments de la population vivent dans une situation de pénurie matérielle et de privation symbolique ; l'État marqué par la corruption est incapable d'assurer l'équité ; la démocratie à la brésilienne est dans les faits un processus toujours incomplet et menacé d'interruption. Devant un tel scénario, tant le modèle libéral (garantie de l'efficacité économique malgré les inégalités sociales) que le paradigme d'intervention de l'État (qui guide la défense des droits) n'arrivent pas à forger de nouvelles avenues. L'auteure conclut à une faible applicabilité des théories de l'exclusion, du moins dans la forme qu'elles ont prises en France.

Ribeiro (1999) va encore plus loin. Il nomme plusieurs sous-groupes de la société brésilienne qui ne peuvent être saisis par les théories de l'exclusion à la française : par exemple, le groupe des sans-terre (MST) n'est pas un produit de la crise de la société salariale et de l'État-providence. L'existence de ce sous-groupe s'explique bien plus par des raisons historiques et politiques. L'exclusion au Brésil ne saurait être uniquement attribuée au chômage, car de grandes parties de la

population n'ont jamais occupé un emploi officiel salarié. Lorsque l'on tente de cerner les causes de l'exclusion, il serait dès lors important de distinguer la situation de sans-emploi, contextuelle et datée, du processus historique à plus long terme. Le concept d'exclusion tel qu'il apparaît dans les théories françaises ne permettrait pas de saisir les processus historiques. Par exemple, au Brésil, toute la question de la propriété, non résolue, demeure un enjeu majeur. Elle explique le mouvement des sans-terre et des *quilombos* (villages et communautés des anciens esclaves ayant échappé à leurs maîtres et de leurs descendants) de même que les mouvements sociaux qui contribuent à de nouveaux rapports sociaux. Les théories françaises ne peuvent également expliquer l'exclusion des personnes handicapées (Pereira dos Santos, 2001), ces personnes dont les réalités et les expériences précèdent largement le problème de la société salariale. Un raisonnement similaire pourrait s'appliquer dans le cas du sida, des problèmes de santé mentale, et de bien d'autres. L'auteur rappelle que la masse des pauvres au Brésil est issue de sociétés qui étaient il n'y a pas si longtemps « traditionnelles », jamais complètement adaptées à la modernité-modernisation. Ce que l'on appelle exclusion relèverait finalement, c'est l'hypothèse proposée par Ribeiro, d'une non-incorporation historique au cœur de la Nation. L'État brésilien n'a jamais vraiment été un État-Providence. On ne peut alors parler « des nouvelles pauvretés ».

Zaluar (1997) analyse pour sa part la question de l'exclusion en rapport avec les politiques publiques en faisant également référence aux théories françaises. Il en relève le caractère binaire et signale que, d'un point de vue structurel, toutes les sociétés produisent de l'exclusion. Ce n'est pas la société salariale qui devrait nous intéresser, mais la manière dont les sociétés créent nécessairement, en se constituant, des exclus, puisqu'elles définissent les identités désirables, les appartenances acceptables et les conditions des appartenances. Tous les groupes de la société ne peuvent se définir systématiquement par des critères clairs d'inclusion. Il existerait toujours des zones grises d'inclusion et d'exclusion (ne pas être exclu partout et en toutes circonstances), des personnes qui sont incluses ou exclues de plusieurs ensembles ou regroupements (pluri exclusions et pluri appartenances), des identités multiples difficiles à définir. Les sociétés définissent les groupes mais les groupes s'auto-définissent également. La conséquence d'une vision trop binaire (Dos Santos, 2001) ne serait-elle pas de créer des formes d'inclusion trop rigides et universelles, qui ne tiennent pas compte des différences de

nature et de niveau, des différences dans les expériences de l'exclusion ?

Finalement, pour Zaluar (1997), les pauvres au Brésil sont des citoyens à part entière (ils ont un lien de citoyenneté à la nation brésilienne) et ne sont pas exclus au sens où le sont les réfugiés, c'est-à-dire comme des « demandeurs d'asile » ou des « sans-papier ». Ils sont exclus dans la mesure où ils n'ont pas accès à la citoyenneté sociale et aux droits sociaux.

Les exemples qui précèdent révèlent que les rares auteurs brésiliens qui se sont aventurés dans les avenues conceptuelles de l'exclusion l'ont fait en dialogue avec les théories françaises, en particulier celle de Castel, sans toutefois pouvoir, en raison des différences profondes entre les deux sociétés, en appliquer pleinement les conclusions. Tout en se faisant critiques de ces théories, ils n'ont pas pour autant produit une théorie alternative explicite achevée de l'exclusion, et surtout une théorie originale. Leurs critiques théoriques seront toutefois très utiles pour la suite de notre réflexion.

Voyons maintenant ce qu'il en est de l'exclusion. Nous partirons ici des thèmes de la pauvreté et/ou de l'afro-brésiliennité et de celui, transversal, de la violence, dont ont discuté différents auteurs.

VIOLENCE ET EXCLUSION DE LA CITÉ : LA PAUVRETÉ ET LA RACE

L'une des préoccupations les plus importantes au sein de la société brésilienne est celle de la violence qui sévit, en particulier dans les grandes villes du pays (Fontes, 1995 ; Sposati, 1996 ; Peralva, 2001 ; Rolnik, 2001 ; Birman et Peireira, 2004 ; Waquant, 2004). C'est à partir du thème de la violence que la notion d'exclusion émerge de façon explicite, sans pour autant se révéler d'une manière théorique. Une partie importante des élites considère que la cause de cette violence est d'abord sociale plutôt que raciale (Reis, 1999, 2000).

Depuis une vingtaine d'années, quatre tendances peuvent être observées en ce qui a trait à la violence urbaine : la croissance de la délinquance (particulièrement les vols qualifiés et les homicides volontaires) ; l'émergence du crime organisé ; de graves violations des droits humains ; et une augmentation en flèche des conflits interpersonnels se concluant de manière violente.

L'augmentation de la délinquance urbaine est un sujet controversé. Depuis les années 1950, on assiste (Adorno, 2002) à l'échelle mondiale, à une augmentation des taux de crimes et de la violence sociale et interpersonnelle. Le Brésil n'est pas étranger à cette tendance compte tenu du fait que ce pays fait partie du circuit des trafics de drogues et d'armes par le crime organisé. Selon des données obtenues auprès du ministère de la Santé, le taux d'homicides était pour l'année 2005 de 21,04 par 100 000 habitants, alors qu'aux États-Unis ce taux se situait à 8,22 homicides. Il était à 4,90 en Italie, à 2,43 en Grande-Bretagne, à 3,99 au Portugal, et à 4,11 en France et en Belgique. Pendant les années 1980, alors que le nombre total de décès a augmenté au Brésil de 20 %, le nombre de décès par violence a augmenté de 60 %.

En ce qui concerne l'homicide au Brésil, on observe deux tendances : le nombre des homicides par arme à feu s'est accru depuis 1979, et ce nombre a augmenté plus rapidement que la croissance de la population. Il est aussi à noter que 21 % de tous les homicides enregistrés au Brésil ont lieu dans les villes de São Paulo et de Rio de Janeiro. La principale cible de ces meurtres : les jeunes hommes, particulièrement les 15-19 ans qui proviennent des « couches populaires urbaines ». La proportion de ces jeunes a également augmenté chez les auteurs de crimes violents.

Selon les tendances observées dans plusieurs capitales brésiliennes, les crimes violents ont, comparativement aux autres catégories de crimes, connu une augmentation importante depuis une vingtaine d'années. Le crime organisé pourrait en être l'une des principales causes. Son pouvoir s'est étendu dans les capitales brésiliennes. Il passe notamment par le trafic de drogue et le trafic d'armes. Son influence se fait sentir dans les zones qu'il contrôle dans les grandes villes comme São Paulo et Rio, là où les habitants d'un complexe de bidonvilles se plieront à des consignes précises de la part d'organismes interlopes tels que le « Comando Vermelho » ou le « Terceiro Comando ».

Par ailleurs, il est fréquent, surtout à Rio, de voir la police investir les *favelas* lors des offensives visant des trafiquants de drogues, sans se soucier, pendant les opérations, de la sécurité de la population locale. Non seulement la police tue des trafiquants, mais elle tue également des habitants ou des passants qui n'ont aucun lien avec les organisations visées. Les droits humains sont l'objet de graves violations, notamment

par la police militaire et divers corps des forces de l'ordre lors de confrontations avec des civils. On assiste ainsi à des lynchages, à des exécutions sommaires effectuées par des « groupes d'extermination » ou des « escadrons de la mort », et lors des *chacinas* (tueries faisant des nombreuses victimes à la fois). Ces formes de violence se sont intensifiées au cours des vingt dernières années (Adorno, 2002).

Les dernières décennies ont également donné lieu à des transformations dans le monde criminel. Au Brésil, le crime organisé travaille de plus en plus à partir de modèles entrepreneuriaux avec des bases transnationales, remplaçant les formes conventionnelles de la criminalité, par l'utilisation d'armes à feu très puissantes, et par la violence extrême. Le crime organisé corrompt le pouvoir public et déstabilise les formes conventionnelles de contrôle social. Alors que la délinquance et la criminalité ont augmenté en quantité et en gravité, le système de justice continue à fonctionner, selon Adorno, comme il le faisait il y a trente ou quarante ans. L'État a beaucoup de difficulté à imposer la loi et l'ordre. Un retour rapide dans l'histoire récente du Brésil permet de mieux situer la position des gouvernements face à la violence depuis le retour à la démocratie et la nouvelle constitution de 1988.

Plusieurs études révèlent une chute marquée des investissements gouvernementaux dans les secteurs de la sécurité publique et de la justice tout au long des années 1980. Voulant s'adapter aux demandes et démonter les appareils répressifs qui ont servi pendant la dictature, les gouvernements civils d'après 1989 étaient également intimidés d'exercer un contrôle sur les forces de l'ordre afin que soit évité et puni tout abus de pouvoir de la part des agents de l'appareil de sécurité. Cependant, cette tendance à désamorcer l'appareil de sécurité, autrefois instrument d'oppression, a amené les premiers gouvernements démocratiques à négliger le rôle de ces instances en tant qu'instruments nécessaires de sécurité publique ; ils ont réagi trop lentement et de manière insuffisante et inadéquate aux changements profonds et rapides qui s'opéraient dans les grandes villes.

La principale conséquence est l'impunité pénale dans ce pays, même dans des cas de graves violations des droits humains. Les taux d'impunité pénale sont encore plus élevés dans les cas de crimes commis par des citoyens provenant des classes moyennes et élevées. On assiste ainsi à une perte de confiance généralisée envers le système judiciaire et pénal. De fait, en cas de conflit, un fort pourcentage de la population

ne fait pas appel aux autorités⁷ et se tourne vers des systèmes parallèles : services de sécurité privés (en croissance depuis vingt ans mais pas toujours contrôlés par des professionnels) pour ceux qui disposent de moyens financiers, ou encore « protection » des trafiquants de drogue locaux dans le cas des plus démunis (plusieurs vont également régler leurs litiges « personnellement »).

Le dernier élément qui selon Adorno explique la montée de la violence urbaine au Brésil depuis vingt ou trente ans est la grande disparité socioéconomique qui sévit dans la société brésilienne. Cependant les associations possibles entre la violence urbaine et la pauvreté sont variées et controversées. Il faut mentionner que, dès le début de la République, on considérait que les travailleurs recevant un salaire peu élevé constituaient une population dangereuse devant être étroitement surveillée. Les emprisonnements préventifs et même la torture et autres traitements dégradants et arbitraires étaient monnaie courante dans les prisons. Puis, dans les années 1970, l'inquiétude de la persistance de la répression institutionnelle comme moyen de « contrôle » se répandit. Un discours se mit en place qui présentait la délinquance comme une expression de la lutte de classes : la criminalité et la délinquance avaient des racines structurelles ; plus il y avait de la pauvreté dans une société et plus on pouvait s'attendre à ce qu'il y ait de la violence. Par conséquent, pour régler le problème de la violence il fallait d'abord s'attaquer au problème de la pauvreté. Les criminels n'étaient donc que les victimes d'un système basé sur l'injustice sociale.

Les débats sur les relations de causalité entre pauvreté, délinquance et violence sont loin d'être épuisés, comme le montre Adorno (2002) qui cite de nombreux exemples d'études analysant ces questions à partir d'angles divers voire divergents. Cependant, après avoir relevé plusieurs indicateurs de grandes inégalités socioéconomiques au Brésil (PIB., espérance de vie, mortalité infantile, infrastructure sanitaire, scolarité élémentaire, faim, concentration des revenus par famille, accès au marché du travail), que ce soit entre les quartiers des grandes villes ou entre les régions du pays, ne faut-il pas considérer de telles disparités comme étant en elles-mêmes une manifestation de violence multi-forme ?

7. Selon une enquête de l'Institut brésilien de géographie et de statistique réalisée entre octobre 1983 et septembre 1988, 55,2 % des répondants ayant vécu des conflits divers n'ont pas fait appel au système de justice pour les régler.

Dès que l'on considère que les problèmes reliés à la pauvreté découlent du mode de fonctionnement du système social et relèvent plutôt d'une question de justice sociale, il est possible d'y faire face pour autant que l'on s'attarde à la construction d'instruments de reconnaissance systématique de droits fondamentaux, à commencer par le droit à la vie. On peut dès lors considérer la violence urbaine comme une sorte de manifestation d'un climat « où la vie de beaucoup », comme l'indique Adorno, « n'a pas la même valeur et la même signification que la vie de quelques-uns » (p. 128), et où s'implante comme mode de vie normal et régulier une « guerre de tous contre tous ».

Ce propos est repris par Benfica (2002) pour qui l'exclusion au Brésil se manifeste par les inégalités entre les riches et les pauvres. L'exclusion, affirme-t-il en reprenant les termes de Cristóvam Buarque (ministre de l'Éducation sous le gouvernement Lula da Silva), est un processus de mise à l'écart (*apartação*). Il y avait au Brésil des inégalités, elles se sont transformées en différences et menacent de devenir des dissimilitudes (*dessemelhanças*). On assiste à la formation des *favelas* d'un côté, et des groupes de condominiums fermés et surveillés de l'autre. Le bourgeois ne se considère plus de la même espèce que celui qui vit des poubelles. Celui qui vit des poubelles ne peut être citoyen, il peut à peine être humain. Il y a d'un côté le *pivete* (enfant vendeur de rue, enfant mendiant, enfant vivant dans la rue), qui ne voit pas la mère en sa victime, et la bourgeoise, qui ne voit pas l'enfant en son agresseur. D'une part, la peur de la faim, de l'autre, la peur du pauvre. La dissimilitude devient visible : les murets en verre cassé, les portes et fenêtres fermées à clé et à côté, dans les *favelas* ou sous l'autoroute, les maisons de tôle sans fenêtre.

L'étude de Michael et Wood (1998) montre bien les difficultés que comporte l'interprétation d'un phénomène aussi complexe que celui de la violence au Brésil, surtout si l'on tient compte du facteur racial. Bien que le Brésil ait connu une transition vers un gouvernement représentatif depuis la fin de la dictature en 1985, il existe toujours un écart important entre les citoyens et les représentants de l'État, particulièrement en ce qui concerne les Afro-Brésiliens, ce que confirment les résultats de l'Enquête Nationale sur les Ménages de 1988 (PNAD-88). On y indique que les Afro-Brésiliens sont plus susceptibles de subir des agressions physiques, y compris de la part de la police, que les Blancs⁸.

8. Le terme Blanc mérite d'être explicité. Nous l'utilisons ici comme catégorie administrative et non comme catégorie identitaire. Dans les statistiques brésiliennes, on sépare les Blancs

Les perceptions entourant la classe, la couleur et la criminalité conduisent à un traitement différentiel, ce qui vient en contradiction avec le principe de citoyenneté universelle qui est au cœur de la consolidation du régime démocratique au Brésil.

Le traitement défavorable des Afro-Brésiliens au sein du système judiciaire et policier trouve ses racines dans une tradition politique qui accorde des droits selon le statut social, tradition que l'on peut décrire comme suit : biais du système judiciaire envers les pauvres et les non-blancs, force policière qui légitime son action dans une rhétorique qui met de l'avant la « guerre contre le crime » ; population qui endosse les actions extrêmes contre les criminels et qui conçoit les non-blancs comme étant plus dangereux ; et tradition culturelle de clientélisme et de paternalisme. La couleur de la peau vient alimenter la protection différentielle et l'exclusion, ce qui vient en contradiction avec le principe des droits humains et la notion de citoyenneté universelle.

La question de la violence est également traitée par De Aquino et Gullo (1998) qui distinguent « violence des exclus » et « violence institutionnelle ». À la violence des exclus s'opposerait une violence institutionnelle qui s'exerce à travers l'appareil policier. Il s'agit de la chasse, de la prise, du traitement, de la torture et de l'élimination d'individus, effectués au nom de la « lutte contre le mal ». Au Brésil, le passé d'autoritarisme a laissé des traces encore visibles, dans l'attitude, les valeurs et l'idéologie de la police militaire, généralement composée de soldats eux-mêmes issus de la classe la plus pauvre mais qui, par du fait de leur nouveau statut, adoptent les valeurs des classes dirigeantes. Ils prônent l'ordre et la répression et vont jusqu'à abattre des gens de leur propre groupe social. Les centres de réforme, surpeuplés, illustrent la faible importance accordée aux droits humains au sein de cette police où l'obéissance à la loi prime sur le jugement moral. Ainsi, au sein de ce groupe, le Noir pauvre sans emploi et mal habillé sera perçu comme suspect et sera passible d'un traitement répressif sans aucun autre motif que celui de son apparence. Parallèlement, le meurtre d'un jeune Blanc bourgeois suscitera une réaction beaucoup plus vive que s'il s'agissait d'un résident noir d'une *favela*. L'impunité protège les policiers dans leurs abus et dans la corruption institutionnelle.

des autres sous-groupes de la population, notamment les Afro-Brésiliens. Il est certain que tant les Afro-Brésiliens que les Blancs ont, parmi leurs ancêtres, des membres de l'autre groupe. L'identification à l'une ou à l'autre de ces catégories est un problème complexe qui dépasse le cadre de cet article.

Huggins, Mesquita et De Castro (1999) présentent le haut taux d'homicides commis, soit par des étrangers (personnes ne faisant pas partie de la famille de la victime ou de ses proches), soit par des jeunes de la rue au Brésil, comme étant un élément structurel de la société brésilienne. Les jeunes garçons âgés entre 15 et 17 ans sont la catégorie sociale présentant le plus haut taux de mortalité par homicide au pays, et ce taux augmente encore plus si l'on considère en particulier le groupe des Afro-Brésiliens. Ces jeunes sont exclus de l'univers moral des « bons citoyens », et leur invisibilité civile combinée à leur trop grande visibilité sociale en tant « qu'assaillants symboliques » amènent la population à nier la violence dont ils sont victimes, voire à accepter leur homicide ou même à le justifier.

Selon certaines sources, il y aurait eu, entre 1988 et 1991, plus de 7000 meurtres d'enfants et d'adolescents au Brésil. En 1988, dans les villes de São Paulo, de Rio de Janeiro et de Recife, un jeune était assassiné tous les deux jours. L'année suivante, quatre jeunes étaient assassinés quotidiennement. Entre 1985 et 1992, le nombre d'enfants et d'adolescents « officiellement » assassinés a augmenté de 161 %, alors que chez les adultes l'augmentation était de 76 %. Rien n'a changé depuis, sinon une aggravation de la situation.

Les victimes de ces homicides sont perçues, dans l'opinion publique, comme des criminels dangereux. Les stéréotypes qui leur sont accolés semblent cependant peu fondés. Par exemple, une étude réalisée en 1993 dans la ville de Rio de Janeiro révèle que 95 % des jeunes assassinés n'avaient aucun antécédent criminel. Les jeunes assassinés sont en général très pauvres, travaillent plus de 40 heures par semaine dans le secteur informel, ne payent pas de taxes gouvernementales et ne disposent d'aucune garantie sociale ou assurance santé. Il s'agit généralement de garçons âgés entre 15 et 17 ans, Noirs ou Métis (les jeunes filles sont plutôt assassinées par des membres ou des proches de leur famille).

Pour leur part, les meurtriers sont rarement identifiés ; eux-mêmes très pauvres, ils habitent généralement dans les mêmes bidonvilles que les jeunes qu'ils assassinent. Ils peuvent travailler seuls (en tant que « justiciers » ou à la solde de tiers) ou faire partie de « groupes d'extermination » ou « d'escadrons de la mort ». Une grande proportion des assassins provient de la police militaire pour qui ces assassinats représentent entre autres un moyen d'accroître leur revenu.

Les meurtres des jeunes de la rue semblent reliés à des structures racistes dans un des pays les plus riches de la région, mais qui regroupe néanmoins l'une des populations les plus pauvres d'Amérique latine. Être Afro-Brésilien accentue les probabilités d'être parmi les plus pauvres du pays, de devoir vivre dans la rue, dans la marginalité, dans ce que Huggins, Mesquina et De Castro appellent « l'exclusion morale », et d'être victime d'homicide. La violence serait, d'une certaine façon, le miroir de l'exclusion dans ce pays, et elle passerait par la ségrégation territoriale.

Si les stratégies du crime organisé sont reconnues pour faire appel à la loi du plus fort, la population des *favelas* les préfère assez souvent au caractère plus arbitraire du système répressif policier. Ainsi, dans ce contexte florissant, le pouvoir parallèle relié au narcotraffic voit sa légitimité s'étendre, en même temps que décroît l'expérience historique de la lutte des associations de résidents (de *moradores*) et de leurs idéaux politiques. Tant que l'État aura des politiques répressives de contrôle et de combat du trafic de drogues, il continuera d'ignorer la complexité inhérente à la question des *favelas*, qui sont aujourd'hui des espaces de concentration d'exclus en tant que groupe social économiquement inutile, politiquement dérangeant et socialement menaçant.

Selon Fausto Neto (1995) les *favelas cariocas*, qui étaient le symbole de la pauvreté au Brésil dans les 1960, sont revenues à l'avant-scène dans les années 1990, incarnant non seulement la persistance de la pauvreté économique, mais également une nouvelle forme d'exclusion. La dynamique sociale de ces quartiers est désormais celle d'une société fracturée. Les lois, les normes sociales et les droits universels ne s'y appliquent pas ou s'y appliquent peu, engendrant ainsi la domination d'un arbitre autre que l'État : le crime organisé. L'instabilité économique résultant du processus de globalisation des dernières décennies, la ségrégation sociale et par-dessus tout les conflits, le désordre et l'illégalité sont ici perçus comme étant les causes et les conséquences de la désintégration du tissu social.

Les inégalités sociales que donnent à voir les *favelas* et la violence urbaine grandissante ont amené la société brésilienne à déconstruire le mythe d'une société civilisée, pacifique et moderne qui alimentait l'imaginaire social. Si les villes étaient autrefois le symbole de la modernité contemporaine, elles sont aujourd'hui associées à la violence et à la pauvreté, aux classes dangereuses et aux *favelas*. Le rôle des médias dans l'interprétation de cette réalité est certes majeur, modelant le sens

commun en transmettant une seule version, considérée comme « vraie », de situations pourtant localisées. Ainsi, l'occupation illégale des territoires par les *favelados* a rapidement été accompagnée de stéréotypes, périodiquement réactualisés. En adoptant et en transmettant des habitudes, des coutumes et des traditions non compatibles avec la moralité hégémonique, les *favelados* se sont créés des règles, des droits et des devoirs, indiquant par le fait même au reste du monde qu'il ne pouvait pas s'attendre au conformisme chez ceux, qui, exclus et discriminés, ne sont pas traités en égaux.

LA CONSTRUCTION SOCIO-HISTORIQUE DE L'EXCLUSION : PASSAGES PAR L'HISTOIRE

La référence à l'histoire et à la culture brésilienne est fondamentale pour saisir la construction de l'exclusion au Brésil (Fontes, 1995 ; Adorno, 2002 ; Benfica, 2002 ; Laniado, 2001 ; Bursztyń, 2001). Pour Fontes (1995), les nouveaux processus de dérégulation économique et politique, qui mettent fin à une période de relative stabilité dans ce pays, sont la cause d'une croissance vertigineuse du chômage structurel (*desemprego*) et sont indéniablement associés à l'exclusion sociale. Reprenant la proposition de Critóvam Buarque (voir Benfica, 2002), elle parle d'*apartação* social, un terme dérivé de l'apartheid pour désigner la situation actuelle d'exclusion d'une partie croissante de la population brésilienne. De moins en moins de contacts se produisent entre les différentes couches sociales. Les villes sont stratifiées, emmurées, compartimentées ; chaque groupe social circule dans un espace distinct, tant sur le plan de la langue et de l'habillement que du transport. Une séparation brutale se crée et implique une réduction réelle des espaces publics, exprimée par cette idée d'*apartação*. Toutefois, l'attention portée à la ségrégation spatiale et sociale⁹ ne permet pas de rendre compte de toute la complexité de la question de l'exclusion au Brésil.

L'exclusion suppose l'incompatibilité, la séparation ou l'éloignement. Dans le domaine social, on peut penser à l'élimination ou à l'expulsion, comme dans le cas des indigènes tout simplement laissés

9. Notons toutefois qu'il n'existe pas au Brésil de loi ségrégationniste comme ce fut le cas aux États-Unis. L'absence d'une telle loi ne signifie pas pour autant l'inexistence de ségrégation sociale passant justement par une certaine division de l'espace urbain. La ségrégation spatiale est inégalement répartie au Brésil, en particulier, dans une ville comme Rio, dans la zone sud où les *favelas* côtoient les zones plus riches ce qui n'est pas le cas à Salvador ou à São Paulo.

de côté pour leur insubordination au régime colonial. Des groupes sociaux peuvent participer à la vie d'une société tout en étant discriminés selon diverses modalités (politiques, religieuses, ethniques, etc.) ; c'est le cas de nombre de Noirs et de Métis pauvres au Brésil. L'exclusion désigne alors des phénomènes tels la domination, la ségrégation et la discrimination.

La figure de l'esclave nous est ici utile pour progresser dans notre réflexion. L'esclave brésilien était-il inclus ou exclu dans cette société, durant la période de l'esclavage ? Bien que privé de tout droit, n'était-il pas à la base du développement du pays ? Il était certes exclu du pouvoir et de la richesse mais aucunement dispensable ou « jetable », bien au contraire. On le maintenait et le « reproduisait » (entre autres par le trafic continu), en même temps qu'on le discriminait. Pour Benfica, il y a bien coexistence de l'inclusion et de l'exclusion chez ce même groupe que l'on pourrait qualifier « d'exclus utiles¹⁰ ». Ce thème de l'exclu utile est d'ailleurs repris, mais dans un tout autre contexte dans un article de Bursztyń (2001) qui rappelle comment, dans certains emplois non officiels du Brésil contemporain, existent des personnes exclues de l'espace socioéconomique officiel et utiles au marché ; c'est le cas, par exemple, des trieurs d'ordures ambulants.

Tout au long des XVIII^e et XIX^e siècles, les transformations sociales au Brésil ont perpétué cette première forme d'exclusion « utile ». L'exode rural, l'affluence de la main-d'œuvre dans les villes, le nombre restreint d'emplois et la création d'un bassin de gens vivant dans la misère sont autant de facteurs ayant contribué à la reproduction du système capitaliste. Cette main-d'œuvre de « réserve », constituée des anciens esclaves et de leurs descendants, toujours prête à entrer sur le marché du travail, servait à maintenir les conditions de vie des travailleurs au niveau le plus bas. Ajoutons ici que l'abolition de l'esclavage, en 1888, n'a pas radicalement transformé ces conditions. Les anciens esclaves obtinrent en principe plus de droits tout en demeurant des citoyens de seconde zone.

Au Brésil, la construction de l'exclusion est quelque peu différente de celle observée en Europe. En effet, les révoltes populaires du XIX^e siècle en Europe ont réussi à construire un espace politique, celui de la citoyenneté. Malgré qu'une partie de la population soit demeurée exclue du marché du travail, l'insertion dans la sphère politique s'effectuait

10. L'expression est la nôtre.

graduellement, jusqu'à l'atteinte d'un point ultime, par le suffrage universel et la création de l'État social, devant offrir à tout citoyen les biens considérés comme essentiels. La tendance était bel et bien « inclusive ». Toutefois, le développement des technologies et de l'informatique à un rythme sans précédent a tôt fait de rendre une partie de la population excédentaire, superflue. Cette population sans fonction dans le processus de production perdait ainsi son rôle social. Une désorganisation des formes associatives (par la perte de pouvoir des syndicats par exemple), l'absence de projets pouvant faire face à ces changements et des individus laissés à eux-mêmes, isolés et incapables de donner sens à leur existence sont autant de transformations à partir desquelles ont émergé les nouveaux exclus. Le terme désigne cette fois en son sens fort, la population non nécessaire à la production, à la circulation des biens et à la consommation. Pourtant, ces nouveaux exclus ne sont pas totalement exclus, toujours intégrés dans l'univers politique par leur droit de vote et dans l'univers social, par l'accès relatif aux politiques publiques.

Au Brésil, la trajectoire de l'exclusion a suivi un autre parcours. En 1822 (année de l'Indépendance), les bases sociales et économiques du Brésil étaient les grandes propriétés rurales (héritage des colonisateurs Portugais blancs et reliées à l'exploitation esclavagiste de l'Africain noir) vouées à la monoculture de matières premières destinées à l'exportation. L'organisation sociale établissait des frontières étanches et hiérarchiques entre les riches propriétaires des terres, les hommes libres mais ne possédant pas de terres, les esclaves Noirs et les Aborigènes. La vie associative se caractérisait par l'importance des liens de parenté, par la promiscuité des affaires publiques et des intérêts privés, par une grande proximité entre les acteurs sociaux et par une continuité de leur relation dans le temps et l'espace. Quant au pouvoir politique, il consistait en une hiérarchie bureaucratique bâtie à partir de relations clientélistes avec les grands propriétaires terriens, avec une organisation négligeable de partis politiques et une mobilisation très faible des groupes socialement défavorisés (Adorno, 2002).

Ces structures ont subi des changements profonds au cours de la deuxième moitié du XIX^e siècle. Avec l'augmentation de l'exportation de café, il y a eu à la fois un déplacement du centre économique du pays du Nord-Est vers le Sud-Est (en particulier dans l'État de São Paulo), un remplacement du travail des esclaves par celui des travailleurs libres (surtout des immigrants italiens), ainsi que le passage, en 1889, du régime monarchique à celui de République fédérative. Entre 1880 et 1930, la société brésilienne abandonne progressivement son économie

centrée sur l'exportation agricole pour faire place à une économie industrielle, avec un prolétariat de plus en plus combatif, surtout dans les villes de São Paulo, Rio de Janeiro et Santos (ville portuaire de l'état de São Paulo). Se renforcent alors les inégalités régionales ainsi que la concentration des richesses chez les producteurs de café, les grands propriétaires terriens et la nouvelle classe de l'élite industrielle. Les anciens esclaves constituaient la masse des pauvres venant progressivement s'installer dans ce qui allait devenir les périphéries, laissés à eux-mêmes et sans mesure de compensation ou d'adaptation pour les quatre siècles d'esclavage.

Au Brésil, la citoyenneté, dans son sens politique, économique et social date de la promulgation de la constitution de 1988. L'État social, selon le modèle européen, n'a jamais été implanté (Fontes, 1995). Sans doute le régime dictatorial militaire n'a-t-il pas favorisé l'implantation de politiques sociales. Néanmoins, l'idée d'un marché « inclusif » a fait l'objet de débats au cours du dernier siècle. Central au fonctionnement du capitalisme, le marché a tenté de commercialiser toutes les relations sociales, de pénétrer chacun des pores de la société. L'urbanisation et la marginalisation, qui ont donné lieu à la formation accélérée de *favelas* et à l'expansion de la pauvreté simultanée au développement industriel, ont amené les dirigeants à penser aux relations entre les populations touchées et le marché. Entre la production de subsistance (à domicile) et celle régie par les règles du marché, la seconde a été favorisée. Ainsi, la vie des gens est de plus en plus intégrée au marché, mais sans que leur soit assurée une véritable intégration économique, politique et sociale.

Au cours de la deuxième moitié du XIX^e siècle, on a assisté à une croissance industrielle non négligeable, entamée pendant la Deuxième Guerre mondiale puis maintenue grâce à une politique protectionniste. Ce phénomène s'est accompagné d'une grande croissance économique, de la modernisation de l'infrastructure technologique et urbaine, ainsi que de la solidification des associations syndicales et professionnelles (Adorno, 2002). L'électorat s'élargit également, surtout dans les milieux urbains. Cependant, la crise socioéconomique particulièrement violente des années 1980, amène les nouveaux gouvernements civils à délaisser (à partir de 1989) les politiques protectionnistes et à ouvrir l'économie brésilienne au marché global au moyen de politiques de privatisation.

L'histoire brésilienne explique comment les inégalités ont été intégrées aux rapports sociaux (Fontes, 1995 ; Carreteiro et Aguirre

Munoz, 2002). Les discriminations ethniques (et raciales), la ségrégation spatiale et l'exclusion sont des phénomènes anciens qui ont servi à l'ascension sociale de certains groupes sociaux alors que ces inégalités se manifestent toujours, par l'emploi sous-rémunéré de domestiques, de laveurs d'autos, de nounous... une main-d'œuvre facilement remplaçable et confinée dans les quartiers défavorisés. Les récentes transformations n'ont fait qu'accroître le chômage et l'économie informelle, et ce, en dépit des droits politiques acquis. Le Brésil n'assurant pas le filet social prévu ailleurs, être en marge de l'espace économique signifie quasi automatiquement être privé de ses droits sociaux.

PAUVRETÉ, INÉGALITÉS ET SANTÉ

La pauvreté et le facteur ethnico-racial comme déterminants de la santé

Les rapports entre exclusion et santé sont rarement traités de façon directe dans les écrits scientifiques des chercheurs brésiliens. *A fortiori*, on n'y discute pas de l'exclusion, en tant que réalité structurelle et transversale¹¹. Ces écrits font surtout état de différences des inégalités de santé sans recourir à la notion d'exclusion. La santé est l'un des champs où s'expriment clairement les inégalités sociales (Giovannella et coll., 2002). Les déterminants de la santé sont l'objet d'une attention particulière. L'insistance est mise sur le poids respectif de la pauvreté et de la race¹². Toutefois le débat entourant ces questions n'est pas sans lien avec celui exposé précédemment au sujet de la violence.

Selon le rapport de la Banque mondiale, publié en 1995 (cité dans Szwarcwald et coll., 2000), la distribution des revenus au Brésil serait la plus déséquilibrée du monde. Ces différences sont également observables à l'échelle nationale, les inégalités de revenus étant plus fortes au Nord du Brésil (Nord-Est, Amazonie), qu'au Sud (Rio, São Paulo, Rio Grande do Sul) et au Sud-Ouest (Brasília) (Azzoni, 2001 ; Rocha, 1999).

-
11. Il est question dans un certain nombre d'écrits des personnes handicapées, des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de la maladie d'Alzheimer. Ces écrits sont épars, ne conceptualisent pas le champ de l'exclusion et servent difficilement à penser de manière générique et analytique le thème de l'exclusion et de ses articulations globales à la santé.
 12. L'utilisation du mot « race » prend ici un sens ethnique plutôt que biologique. Lorsque les Afro-Brésiliens sont identifiés aux Noirs, il faut attribuer à « Noir » une signification ethnico-raciale.

Ces inégalités trouvent leur source dans l'héritage ibérique et colonial (Skidmore, 2002). L'économie du pays est inscrite depuis longtemps dans un système de dépendance ; l'éducation ne fut jamais valorisée, ce pays ayant été le dernier de l'Amérique latine à ouvrir de grandes universités (il a fallu attendre 1932 alors que le Mexique compte des institutions pluricentennaires) ; la presse fut interdite durant la période coloniale ; le pays vécut sous un régime esclavagiste et y mit fin seulement en 1888, le dernier des pays du monde à le faire ; enfin, pour se constituer comme nation moderne, il a eu recours à l'idéologie de la démocratie raciale qui contribue à la négation des inégalités fondées sur la notion de race¹³. Le néolibéralisme actuel n'aura fait qu'accentuer les réalités dramatiques qui caractérisent depuis longtemps ce pays (Amann et Berner, 2002). Ces réalités ne sont pas sans lien avec les conditions de santé qui y existent.

Durant les trois dernières décennies, le processus de développement économique et politique du pays a aggravé l'écart entre les riches et les pauvres. La grande migration des personnes non qualifiées vers le Sud-Est et le Sud-Ouest a conduit à une concentration géographique des pauvres dans certaines régions des métropoles, dont Rio de Janeiro. À Rio comme ailleurs dans les grandes villes, ces zones sont celles où se concentrent la pauvreté extrême (périphéries et *favelas*), les très bas revenus et les bilans de santé les plus critiques (Szwarcwald et coll., 2000 ; Szwarcwald et coll., 2002).

Les conditions de santé des segments les plus pauvres de la population s'expliquent par l'infrastructure inadéquate, le sous-investissement dans le domaine sociosanitaire et la faible instruction. Les conséquences cumulatives de ces facteurs sont néfastes aux personnes et aux groupes qui sont exposés de manière plus marquée à des maladies infectieuses favorisant les hauts taux de mortalité infantile. À ce manque de ressources s'ajouterait un manque de cohésion sociale. La frustration résultant de la privation relative de ressources engendrerait une dégradation des tissus sociaux et familiaux, favorisant les taux de violence urbaine que l'on connaît.

13. La démocratie raciale est une idéologie sociopolitique qui fait du Brésil le produit de la fusion de trois « races » et « civilisations » : noire, blanche et rouge. Plus loin, nous reviendrons sur cette idéologie qui se présente comme un mythe fondateur de la Nation brésilienne.

D'autres études (Sastray, 2004 ; Goldani et coll., 2001 ; Goldani et coll., 2002) ont toutefois souligné la baisse de la mortalité infantile depuis les années 1970. Le recensement brésilien montre que la mortalité infantile était en 1971 de 84 morts pour 1 000 naissances et qu'elle passa à 27 morts pour 1 000 naissances en 1991. Depuis 1940, les taux furent en baisse constante, sauf durant la période de la dictature militaire (1964-1971). Les améliorations constatées plus récemment seraient attribuables à l'élévation relative des conditions de vie et des infrastructures en général, de l'éducation, de l'extension des infrastructures sanitaires et de l'eau, à l'allaitement maternel, aux programmes de réhydratation orale, aux programmes d'immunisation et enfin à l'augmentation des postes de santé (centre de services publics de première ligne). Néanmoins, les taux les plus élevés de mortalité infantile se trouvent toujours parmi les couches les plus pauvres.

Les études d'épidémiologie sociale font surtout état des déterminants de la santé en termes de pauvreté. Au sein de la population des plus pauvres, des différences existent pourtant, notamment celles reliées au genre (Gomez Gomez, 2002) ou à la race (Guimarães, 2001 ; Burgard, 2002 ; Bandeira Beato, 2004 ; Carneiro, 2002 ; Torres, 2002). Examinons cela de plus près.

Les Afro-Brésiliens constituent la plus grande « minorité ethnique¹⁴ » de l'Amérique latine, et partagent non seulement une origine commune, mais aussi des conditions de vie précaires (Torres, 2002). Bandeira Beato (2004) et Guimarães (2001) font état des inégalités importantes entre les « Blancs » et les « Afro-Brésiliens » en ce qui a trait à leurs conditions de vie. Membre de Geledés (Institut de la Femme Noire au Brésil¹⁵), Bandeira Beato (2004) dresse une liste de ces inégalités dans divers secteurs de la vie sociale. Elle tient également compte des différences de genre. Elle rappelle d'abord le contexte mondial et les données de l'Indice de Développement Humain (IDH) qui classe 174 pays selon les critères suivants : revenu par personne, éducation et espérance de vie à la naissance. Selon ce classement, le Brésil se situait en 1998 au 74^e rang. Cependant, lorsque l'on considère les Afro-Brésiliens uniquement (Noirs et Métis) le Brésil se situait au 108^e rang. En 2001, on obtenait les résultats suivants pour l'IDH : 41^e rang pour

14. L'idée de traiter les Afro-Brésiliens comme une minorité ethnique est de plus en plus courante au Brésil, même s'il est difficile de penser qu'une minorité pourrait composer un peu plus de 46 % de la population.

15. Voir le site web : www.geledes.org.br.

les hommes blancs et 104^e rang pour les hommes afro-brésiliens ; 69^e rang pour les femmes blanches et 114^e rang pour les femmes afro-brésiliennes.

Au sein du Mercosul (zone d'échange économique réunissant le Brésil, l'Argentine et le Chili), c'est le Brésil qui affiche les pires performances quant aux indicateurs de qualité de vie : espérance de vie la moins élevée pour les hommes et pour les femmes ; taux de mortalité infantile le plus élevé pour les enfants de moins de 5 ans ; plus haut taux de mortalité maternelle et d'analphabétisme chez les jeunes et les adultes ; les plus grands écarts de revenu. Comme le Brésil montre un IDH beaucoup moins favorable pour les Afro-Brésiliens que pour sa population globale, et qu'il arbore les pires performances en qualité de vie du Mercosul, on peut imaginer la piètre qualité de vie des Afro-Brésiliens, non seulement en regard des habitants des pays du Nord, mais également de ceux de la majorité des pays de l'Amérique Latine.

Dans le domaine de la santé, Bandeira Beato (2004) fait ressortir des tendances similaires. Entre 1977 et 1993, la mortalité infantile chez les mères blanches a diminué de 43 %, alors que chez les mères afro-brésiliennes, elle ne diminuait que de 25 %. La mortalité maternelle est aussi plus élevée chez les mères afro-brésiliennes que chez les mères blanches, ce qui est dû en partie à une plus forte prédisposition biologique des Afro-Brésiliennes à des problèmes de pression et de diabète, et en partie à l'accès plus restreint aux services de santé. Des problèmes de santé plus spécifiques des femmes afro-brésiliennes, comme l'anémie falciforme ou les myomes utérins, sont peu pris en compte par les services de santé brésiliens et sont l'objet de traitements moins efficaces¹⁶.

Les inégalités de santé sont strictement liées aux inégalités associées aux déterminants sociaux, par exemple le travail ou le logement. Sur le marché du travail, on assiste également à une sévère accentuation

16. L'anémie falciforme est une maladie héréditaire atteignant plus spécifiquement les Afro-Brésiliens ; elle est responsable de forts taux de mortalité. L'Organisation Mondiale de la Santé a estimé que, chaque année, environ 2500 enfants qui naissent au Brésil sont porteurs de l'anémie falciforme, soit environ un enfant pour chaque 1000 enfants nés vivants. En août 1996, un Programme National d'Anémie Falciforme a été mis sur pied, et selon des spécialistes il s'agissait d'un très bon programme. Cependant, les investissements gouvernementaux en santé étant très modestes, il s'avère que le programme en question est très loin d'avoir atteint les objectifs qu'il s'était fixés (Beato, 2004).

des disparités entre les Blancs et les Afro-Brésiliens. Au Brésil, les Afro-Brésiliens intègrent le marché du travail plus tôt et le quittent plus tard que les Blancs, notamment dans les aires rurales. Selon la Constitution brésilienne, le travail infantile est interdit, mais 10 % des enfants et des adolescents brésiliens âgés de 5 à 14 ans travaillent. Cette proportion est encore plus élevée dans les États du Nord-Est, où presque le quart des enfants de cet âge travaillent, avec des pourcentages encore plus élevés chez les enfants afro-brésiliens.

Un autre élément qui joue un rôle important dans les disparités sur le marché du travail concerne le niveau de scolarité. Chez les travailleurs brésiliens, le degré de scolarité est très faible (63,8 % n'auraient pas terminé le cours primaire) ; la situation est encore plus problématique chez les Afro-Brésiliens. Parmi ces derniers, environ 24,6 % ont moins d'une année d'études, alors que ce n'est le cas que chez 9,3 % des Blancs. Quant à la formation universitaire, seulement 3,2 % des Afro-Brésiliens ont atteint ce degré de scolarité, comparativement à 14,3 % des Blancs.

Le chômage atteint beaucoup plus les Afro-Brésiliens que les Blancs : chez les hommes blancs le taux de chômage est moins élevé que chez les femmes blanches, qui à leur tour ont un taux de chômage inférieur à celui des hommes afro-brésiliens, alors que les femmes afro-brésiliennes présentent le taux de chômage le plus élevé. La proportion des Afro-Brésiliens qui ont un emploi précaire (sans les garanties du système de sécurité sociale offertes par la « carte signée » de travail) était de 67,4 % en 1996-1997, soit presque 20 % de moins que les travailleurs blancs. Pendant les années 1990 la proportion du travail officiel et les salaires seraient toujours plus élevés chez les travailleurs blancs que chez les travailleurs afro-brésiliens (Beato, 2004). Lorsque l'on calcule le nombre d'heures travaillées, il faut tenir compte du fait que les salaires des travailleuses afro-brésiliennes sont non seulement plus faibles que ceux des travailleuses blanches, mais elles ont aussi des journées de travail plus longues.

Les emplois précaires sont aussi plus fréquents chez les travailleurs afro-brésiliens (surtout chez les femmes) que chez les travailleurs blancs. De plus, très peu de travailleurs afro-brésiliens ont des postes de direction, de gestion ou de planification, soit seulement 4,3 % chez les femmes et 4,5 % chez les hommes. Chez les travailleurs blancs, ces proportions sont de 16,6 % chez les femmes et de 20,5 % chez les hommes.

Bandeira Beato souligne deux autres aspects concernant les conditions de vie, à savoir les taux de pauvreté et d'indigence, ainsi que les conditions d'habitation. Sur les 76 millions d'Afro-Brésiliens, 33,7 millions sont pauvres et 22 millions sont indigents (*miseráveis*)¹⁷. Pour ce qui est des conditions d'habitation, 74 % des Afro-Brésiliens habitent des logements considérés comme semi-adéquats ou inadéquats ; cette proportion est inférieure à 50 % chez les Blancs. Ces conditions sont comparables pour la même époque à celles retrouvées en Afrique du Sud (Burgard, 2002).

La prochaine section traite des réponses apportées par l'État et le système de santé aux problèmes identifiés par l'épidémiologie sociale en matière d'inégalités de santé.

Un système de santé public producteur d'inégalités et d'exclusion ?

L'environnement social est producteur d'inégalités dans l'état de santé et dans le système de santé lui-même. Le système de santé peut en soi être considéré comme responsable des inégalités de santé et aussi, fort paradoxalement, comme producteur d'exclusion. Pour comprendre les enjeux, il faut savoir que la santé, l'éducation et la mauvaise qualité des institutions publiques sont, au Brésil, l'objet de grandes frustrations et de débats houleux¹⁸. Les secteurs de la santé et de l'éducation ont été, comme un peu partout ailleurs dans le monde, mais en particulier dans les pays du Sud, à la remorque des politiques néolibérales et des injonctions des organisations multilatérales dont l'OMS se fait le relais (Rosenberg, 2003)¹⁹. À titre d'exemple, l'étude de Iucif et Rocha (2004) a clairement montré que les taux de mortalité hospitalière sont plus élevés dans le système de santé public, le risque étant 1,29 fois plus élevé dans le Système Unique de Santé (*Sistema Único de Saúde*, SUS) que dans le système privé. Lorsque l'on compare avec plus de précision le SUS

17. Le seuil de pauvreté est fixé selon la capacité individuelle de disposer d'un minimum nécessaire pour la nourriture, les vêtements, l'habitation et le transport, alors que celui de l'indigence se réfère à la capacité de disposer d'un minimum nécessaire pour la nourriture.

18. Pour la santé, voir le débat suivant publié en 2002, « Uma agenda para a redução de desigualdades em saúde : informe do seminário Saúde e Desigualdade : Instituições e Políticas Públicas no Século XXI », *Informes Report*, Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 18, (Suplemento) : p. 212-218.

19. Voir également le chapitre de Clément et Édouard dans le présent ouvrage.

et le système de santé privé, on constate que le taux de mortalité est toujours plus élevé chez les patients du SUS, variant entre 9,0 % et 52,9 % (selon le diagnostic et la comorbidité des personnes), comparativement aux patients du système de santé privé où il varie entre 8,7% et 31,1%. Cet article, tout comme celui de Fortes, Zoboli et Spinetti (2001), soulève la question de la qualité des services publics et de l'inégalité des riches et des pauvres relativement à la santé.

Dans leurs articles, Elias et Cohn (2003), Carapinheiro et Cortes (2000) et Béhague (2002) ont, pour leur part, abordé cette question du système de santé au Brésil et de ses réformes successives. Dans les années qui précédèrent la nouvelle constitution (1969), le système de santé au Brésil était basé sur la contribution volontaire de travailleurs salariés du secteur officiel et de leurs employeurs, laissant de côté les travailleurs du secteur non officiel. C'est ce qu'on appelait la « *previdência social* », qui comprenait également diverses garanties sociales telles que les régimes de retraite. En 1970, il y a eu une grande réforme du système de santé, permettant d'améliorer l'accès aux soins de santé privés indépendamment de la participation ou non du bénéficiaire au système de « *previdência social* ».

Déjà, avant 1975, un vaste mouvement demandant des réformes dans le domaine de la santé rassemblait des personnes et des groupes de divers segments de la société : des intellectuels, des dirigeants syndicaux et autres. Ce mouvement se situait dans le cadre des luttes pour la démocratie pendant le régime militaire, et proposait une réforme de fond du système de santé basé sur l'universalité et l'équité dans l'accès aux soins de santé. Dans les années 1980, au paroxysme du processus de démocratisation, des personnes ayant été au cœur du mouvement réformiste ont obtenu des postes élevés au ministère de la Santé, et ont ainsi pu procéder à la réforme, décentralisant le système et unifiant le secteur de la santé dans chaque palier de gouvernement. La Constitution de 1988 a établi la santé comme un droit universel et une responsabilité de l'État, et l'article 198 a instauré un Système Unifié de Santé (SUS) devant organiser un réseau régionalisé et décentralisé de soins de santé, avec une gestion coordonnée à chaque palier de gouvernement, comptant sur la participation de la communauté locale et accordant la priorité à la prévention²⁰. Toujours selon les mêmes auteurs, le fait que les créateurs du SUS voient la santé comme étant la responsabilité exclu-

20. Pour un exposé plus détaillé de ce processus, voir Pereira (1996).

sive de l'État a amené une situation problématique, puisque les hôpitaux privés, payés par la *previdência social*, étaient en charge de la plupart des hospitalisations et des services ambulatoires au pays.

En 1991, le ministère de la Santé a commencé à procéder au transfert des responsabilités vers les paliers étatiques (équivalent des provinces canadiennes) et municipaux, mettant l'accent sur la régionalisation des services de santé et appuyant financièrement les États et les municipalités ayant les équipements permettant d'offrir à la population des services de haute technologie. Le Fonds National de Santé a procédé aux transferts budgétaires suivant deux formules, soit le paiement direct pour des services offerts par le SUS et des transferts établis par personne pour des soins de base et des activités de prévention, entre autres. La décentralisation du SUS a permis aux États et aux municipalités de disposer d'une plus grande flexibilité afin d'adapter les services offerts selon les nécessités et les caractéristiques locales. Elle a fait en sorte que les programmes de santé de base, comme le programme « Santé de la Famille », puissent rejoindre une plus grande partie de la population.

Il y a dorénavant deux systèmes de santé : le SUS, dépassé par la demande de services, et le Système de Soins de Santé Médicaux Complémentaires (SSAM)²¹. Le SSAM est le « successeur » de la *previdência social*. Il offre des services à environ 19 % de la population brésilienne qui dispose d'assurances de santé privées reliées à leur convention de travail. Il dessert une population plus jeune, moins à risque, et disposant d'un plus grand pouvoir d'achat que la population couverte par le SUS. Ce dernier s'occupe pour sa part de la population ayant peu ou presque pas de pouvoir d'achat, de même que de celle ayant un pouvoir d'achat élevé, mais nécessitant de soins complexes et coûteux. Cette portion de la population est généralement blanche et bien nantie, sans être nécessairement très riche.

Malgré toutes ces difficultés, la municipalisation des services a continué à progresser. Les organisations des mouvements populaires et syndicaux ont fortement investi les conseils de santé, tentant d'influencer les décisions et de favoriser la participation de la société civile dans la gestion des ressources et des services de santé locaux, et faisant de ces conseils des lieux de revendication et de représentation des intérêts des bénéficiaires de ces services.

21. L'espace manque pour présenter cela en détail.

L'impact de ces instances varie cependant selon la ville et le degré d'organisation participative. Ainsi, dans les moyennes et les grandes villes, où la force des partis politiques, des mouvements populaires et syndicaux est plus large et consolidée, la constitution de groupes de pression solides et efficaces est plus probable. Dans les plus petites villes, par contre, le clientélisme et le paternalisme (voire, le coronélisme²²) sont plus fréquents et régissent souvent les décisions politiques, surtout dans les zones rurales.

Les conseils de santé, existants aux trois paliers de gouvernement et dans les lieux où se vit concrètement cette participation populaire, ne sont plus que des instruments de légitimation des décisions établies par le gouvernement (Cohn, 2003, Abrantes-Pego, 1990). Ces conseils, à caractère délibératif et basés sur la parité des membres (du gouvernement, de la société civile, des prestataires de soins et des utilisateurs des services), restent cependant des lieux mobilisateurs qui ont permis d'augmenter en quantité et en variété le nombre des acteurs sociaux activement impliqués dans la défense des droits dans le domaine de la santé. Comme le soulignent Carneiro et Silveira (2003), seuls des projets ciblés tenant compte des caractéristiques sociales et culturelles des groupes les moins impliqués dans la « participation sociale » sont susceptibles d'actualiser les idéaux du système unique de santé brésilien.

Dans leur étude, Béhague, Gonçalves et Dias da Costa (2002) montrent à quel point les médecins qui agissent dans le système public de santé déprécient le système lui-même, le présentant comme peu intéressant, mal équipé et sans défi pour la profession, ce qui se reflète aussi du côté des usagers. Les auteurs rappellent que, dans les réformes du système de santé faites au cours des années 1980, les investissements furent orientés surtout vers les Services de Santé Primaires (SSP), de manière à fournir un système de santé universel, peu coûteux, préventif et capable de favoriser la participation de la population²³.

Du côté des patients, les stratégies d'utilisation de ces services sont multiples : par exemple, faire des économies pour une consultation occasionnelle dans le secteur privé (des médecins rendent parfois plus

22. Système politique basé sur l'autorité et le paternalisme sous le régime militaire.

23. Voir le tableau 1 (p. 136) sur les termes clés du Programme de santé de la famille qui intègre officiellement les SSP dans le SUS : notons que la référence à l'exclusion est absente du concept de SSP (voir aussi Senna, M. C.M. 2002. « Equidade e política de saúde : algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família ». *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (suplemento), p. 203-221).

facile la consultation privée pour les patients venus du secteur public), ou encore, aller directement aux services de soins tertiaires, ce qui crée des tensions entre les établissements primaires et tertiaires, puisque les problèmes de santé des patients peuvent ne pas nécessiter des soins spécialisés. Ainsi, le secteur public fonctionne comme un relais vers le marché de la clinique privée. Afin de rendre les SSP « plus accessibles » aux usagers et en augmenter la popularité, les gestionnaires des SSP stimulent le travail communautaire. Ils emploient des agentes communautaires de santé, des femmes pauvres venant des milieux où elles interviennent et vivant des conditions de vie similaires à celle de la population desservie (Arsenault-Bussières, 2006). Cependant les habitants des *favelas* se rendent compte des différences entre les services dispensés et considèrent que leurs besoins ne sont pas satisfaits. Les SSP sont implantés essentiellement dans les régions plus défavorisées ; ils sont ainsi définis en opposition aux services dont disposent les groupes privilégiés. Une minorité de ceux qui vivent dans les *favelas* sentent la fierté de vivre dans cette zone, mais cela ne va pas jusqu'à se sentir fiers d'être desservis par les services du SSP. Ils ne veulent généralement pas participer au programme communautaire des SSP. Choisir une école, trouver un travail, acquérir des biens sont des stratégies utilisées pour s'éloigner de ce qui est associé à la pauvreté et à l'ignorance. Éviter les SSP pourrait faire partie de ces stratégies.

Les difficultés que nous soulevons ici ne sauraient être dissociées des conséquences qu'elles ont sur les populations desservies et parmi elles, celles qui sont déjà victimes des inégalités de santé les plus accentuées, notamment les Noirs et les Métis qui possèdent toutes les chances d'avoir un accès très limité à des services de santé complets et de qualité.

Ainsi, le SUS, ou Système Unique de Santé, fut mis en place pour corriger des inégalités d'accès aux services publics de santé et pour améliorer la santé des plus pauvres. Universel en principe, il ne réussit pas à rendre tout à fait ses promesses. Il maintient une différence, entre pauvres et riches, crée paradoxalement de l'exclusion par des mesures d'inclusion, et n'atteint pas véritablement, du moins de façon spécifique et ciblée, le groupe des Afro-Brésiens. Il faut dire que les inégalités de santé entre les Afro-Brésiens et le reste de la population brésilienne ne furent que très récemment (en 2006) l'objet d'une recherche extrêmement complète réalisée par le gouvernement brésilien. De nouvelles mesures viendront peut-être, cela reste à voir.

CONCLUSION : RETOUR SUR L'EXCLUSION

L'examen des écrits brésiliens, dans les sciences sociales et les sciences de la santé, montre la faible théorisation de l'exclusion et une certaine imprécision. L'usage de la notion d'exclusion relève davantage du niveau descriptif qu'analytique²⁴. Dans le champ des sciences sociales, l'examen de la notion nous a entraînées vers le débat sur ses causes, posées en termes de classe ou de race. Dans le champ de la santé, la notion est absente, et les différences qui marqueraient les Afro-Brésiliens par rapport au reste de la population devraient être pensées selon les auteurs consultés comme des inégalités sociales de santé, et comme des différences de classe. Là où l'on parle d'exclusion, c'est à-propos de l'accès aux services de santé, ce qui explique sans doute « l'universalité » de la solution (les SSP), les problèmes que les services entraînent et la faible spécificité des solutions (dont le recours aux SSP) en ce qui a trait à la différence afro-brésilienne. Il se peut bien que la notion trouve peu de pertinence ou de puissance analytique dans le cas brésilien, ce qui expliquerait qu'on lui ait réservé un sort assez modeste dans les sciences sociales brésiliennes et qu'on en ait fait peu de cas dans les sciences de la santé.

Au-delà de ces remarques, l'apport brésilien à une théorie de l'exclusion ne semble pas vraiment se situer dans une théorisation originale « à la brésilienne ». Toutefois, il pourrait suggérer une voie prometteuse pour saisir la façon dont le problème de l'exclusion se pose dans ce pays, en tant que construction socio-historique et en tant que discours sur une masse de pauvres, le plus souvent Noirs et Métis, lesquels renvoient d'abord et avant tout, sans que cela soit à chaque fois explicite, à la constitution même d'une nation dont le projet démocratique est inachevé et dont l'héritage colonial, ibérique et esclavagiste, demeure toujours présent. Cet héritage pèse largement sur les formes et les réalités de ce qui est parfois nommé, sous un mode protéiforme « l'exclusion » et englobé sous le vocable « les exclus ». On trouve ici un contexte et un mode explicatif proches du raisonnement de Farmer dans ses travaux sur Haïti (2003).

24. Enfin, par rapport aux propositions de Fassin qui nous ont servi de point de départ (1996), on ne peut vraiment dire, comme il le pensait à l'époque de la publication de cet article, que l'exclusion soit un concept absent au Brésil, et que son usage soit négligeable. Il faut toutefois préciser que plus de dix ans séparent nos textes respectifs.

Dans nombre d'écrits empiriques portant sur l'exclusion, le groupe des Afro-Brésiliens ressort, c'est une constante, comme le plus exclu parmi les exclus. De plus, il n'est jamais question des populations aborigènes dans ces écrits, cela s'expliquant par la construction sociopolitique et socioscientifique de la notion d'exclusion, davantage issue des classes militantes et urbaines (dont le mouvement Noir) que rurales ou éloignées des grands centres (où se trouvent les Aborigènes)²⁵. Une théorisation de l'exclusion à la brésilienne pourrait prendre acte de cette particularité par la démarche généalogique que nous avons tenté d'esquisser, bien humblement, et ne pas se limiter au groupe des Afro-Brésiliens.

Au Brésil, la pauvreté et le marquage ethnico-racial paraissent supplanter toute autre forme de différence : on est d'abord pauvre, Noir ou Métis, ensuite on est handicapé ou fou, notamment parce que le riche Blanc qui est handicapé ou fou ne vivra jamais les conséquences de toutes ces étiquettes et identités de la même manière que le Noir et le Métis et que leurs expériences respectives de l'exclusion ne se ressemblent qu'assez peu (Saillant, 2007).

Quoique le métissage culturel et ethnico-racial au Brésil rende l'analyse de ces réalités très complexe, l'épidémiologie sociale, la sociologie et l'anthropologie des problèmes sociaux, de la violence, de la santé, les statistiques les plus officielles et leur évolution chronologique permettent de dresser un tableau qui change très peu d'une enquête nationale à une autre. Les Afro-Brésiliens, comparés à la population blanche, sont dans une situation sociale nettement défavorisée.

Ces données trouvent chez les scientifiques deux catégories d'explication. La première situe le groupe des Afro-Brésiliens parmi les pauvres et fait de la pauvreté un problème social que l'on cherche parfois à comprendre à travers diverses théories comme celles du sous-développement, de la mondialisation et du néolibéralisme. Les « exclus » n'ont alors pas de couleur spécifique, ils se noient dans la masse des pauvres et on s'entend généralement pour dire que malgré l'existence d'une classe moyenne chez les Noirs et les Métis²⁶, la situation ne tend

25. Les Aborigènes ne sont pourtant pas dans une situation sociosanitaire bien meilleure que les Afro-Brésiliens. Leurs revendications sont toutefois différentes et s'expriment dans des termes davantage différencialistes (terres, services spécifiques) qu'universalistes (inclusion à la Nation).

26. Une proportion réduite d'Afro-Brésiliens se trouve aujourd'hui parmi la classe moyenne et moyenne supérieure (environ 10%).

à s'améliorer que très lentement pour ce groupe. Le point de vue est présenté dans la courte durée.

L'autre catégorie d'explication passe par l'histoire et le mythe national. En effet, les Afro-Bréiliens sont en fait des descendants d'esclaves affranchis, arrivés au Brésil par la traite atlantique (entre 4,5 et 5 millions selon les diverses estimations, le plus important contingent des deux Amériques), libérés soi-disant du joug de l'esclavage depuis 1888, mais laissés à eux-mêmes. Leur position sociale demeura jusqu'à aujourd'hui celle de citoyens de seconde zone. Le mythe national qui fait du sujet brésilien le produit de la fusion de toutes les « races » écrase en fait l'histoire et la mémoire. Il met l'accent sur le mélange et le métissage, et cela dans un sens politique très particulier. Rappelons, qu'un programme de recherche de l'Unesco portant sur les relations raciales au Brésil, et dont les résultats furent connus en 1951, avait pour but de montrer qu'une coexistence pacifique entre les « races » était possible ; le Brésil pouvait en cela être un pays exemplaire. Les résultats de la recherche ont cependant montré le contraire : l'importance des différences de statut sont construites à partir des différences ethno-raciales. La recherche concluait sur l'importance des préjugés et de la discrimination ethno-raciale dans le pays (Florestan, 1964). Le débat sur le poids des relations de classe et des relations ethno-raciales demeure toujours aussi vif au Brésil.

Depuis la fin de la deuxième dictature en 1986, le Brésil a eu à sa tête des gouvernements démocratiques plus attentifs à la situation des Afro-Bréiliens, à commencer par Fernando Henrique Cardoso qui amorça le processus de reconnaissance des terres des *quilombos*, puis Luiz Inácio Lula da Silva, qui cherche à instaurer des places pour les Afro-Bréiliens dans les universités par des quotas et qui a mis sur pied le Secrétariat à l'égalité raciale (SEPPPIR). L'État met également en place des programmes dit « d'actions affirmatives », à l'intention des Afro-Bréiliens, en plus des programmes universels. Les programmes d'actions affirmatives dont on trouve un bref aperçu au tableau 2 (p. 136), ne font pas l'unanimité et le gouvernement est souvent accusé par ses détracteurs (tout comme par certains de ses partisans) « d'acheter » les Afro-Bréiliens et de racialiser la société, (Fry, 2005 ; Fry et coll., 2007 ; Maggie et coll., 2001). Nombre d'Afro-Bréiliens, incluant des défenseurs des droits humains, des militants du mouvement Noir, et des intellectuels, attendaient toutefois ce geste depuis longtemps (Munanga 2004, d'Adesky, 2006).

Les programmes d'actions affirmatives n'ont pas bonne presse, car ils sont aussi vus comme des importations américaines, des privilèges, des façons d'inférioriser les Afro-Brésiliens ou de racialisier la société. Il faut dire qu'il n'est pas simple de penser ces programmes. Par exemple, les programmes d'actions affirmatives dans le champ de la santé ciblent des problèmes très spécifiques (ex. : anémie falciforme), ils sont donc limités dans leur portée par rapport à l'ensemble des Afro-Brésiliens. Pourtant, ils se veulent des formes de réparations à une situation historique complexe. Pour le mouvement noir, réparer les torts causés par l'esclavage c'est mettre en œuvre des mesures d'équité, donc rendre effectifs les droits par l'accès à une citoyenneté sociale, économique et politique. Les programmes d'actions affirmatives sont de fait une façon pour le Brésil de lutter contre l'exclusion, car parler de l'exclusion au Brésil c'est entre autres parler de la mémoire troublée, celle de l'esclavage et de la colonisation. Plus généralement, c'est aussi parler du manque aux droits humains les plus fondamentaux dans la société actuelle. C'est ouvrir des possibilités (l'éducation), des solutions (terres, emploi, santé) et une identité positive (figurer et re-figurer l'identité afro-brésilienne) à ceux qui se sont vus exclus de la citoyenneté sociale et économique, tout en payant des taxes et en étant citoyen par leur droit de vote. C'est inclure moralement, socialement et économiquement dans la Cité ceux qui vivent à ses portes, dans les périphéries.

Dans la mesure où l'exclusion renvoie à l'idée d'un tout dont une partie serait écartée, volontairement ou non, de quel tout faut-il parler et qu'inclue-t-il ? Dit autrement, pour parler d'exclusion, comment définir la totalité « qui fait référence » pour que puisse être dit : celui-là, celle-là, est exclu ou exclue de là, de ce lieu-là, de ce groupe-là ? Pour qui la totalité de référence fait-elle et doit-elle faire sens ? Puisqu'il est question d'exclusion sociale, le « tout » doit-il être un groupe de référence, par exemple les handicapés par rapport à la société en général, les handicapés par rapport à la société dominante, définisseurs du centre et de la marge, les handicapés par rapport au groupe des handicapés eux-mêmes ? Ce qui est soulevé ici, maladroitement, c'est le problème du flou qui entoure cette question du tout et de la partie, du tout englobant et de la partie qui serait laissée pour compte, oubliée, abandonnée, indésirable, non compatible, inutile, etc. ; c'est aussi le problème de la Nation comme référence et espace politique autodéfini comme englobant à travers un mythe fondateur²⁷.

27. Dans le champ de la santé, dans un environnement comme celui du Québec ou de la France, il semble y avoir plusieurs références qui risquent de découper le social à partir de

Un autre aspect qu'il faudrait ici considérer est non seulement ce problème de la Nation en tant que référence, mais aussi celui du groupe exclu lui-même. En effet, les « exclus » comme on le lit souvent, notamment dans les écrits brésiliens, apparaissent sous un vocable polysémique, englobant et homogénéisant. Nous avons utilisé le terme agglutination, nous aurions pu aussi utiliser celui de massification. Ceux que l'on désigne comme exclus – car le plus souvent on les désigne, « ils » ne s'auto-désignent pas ainsi à moins de finir par incorporer l'identité désignée ou d'en faire une catégorie politique critique par opposition aux inclus – sont agglomérés et créés par un processus artificiel d'étiquetage et d'homogénéisation²⁸. Dans le cas brésilien, le débat race/classe montre bien ce problème. Les statistiques brésiliennes sont construites sur la base de l'auto-désignation. Un Blanc peut s'autodésigner Noir, un Afro-Brésilien peut se préférer Métis ou *Pardo* à Noir. Ce qui compte c'est l'autodésignation. Les programmes de santé dont celui des SSP ou celui des actions affirmatives pour l'anémie falciforme illustrent en partie les problèmes que cela entraîne. Les SSP, développés pour la « population pauvre » et conçus en termes de classe sont peu spécifiques pour les Noirs et Métis, compte tenu de leurs problèmes, mais ils sont tout aussi problématiques pour les Blancs²⁹. Les solutions pensées en termes de « race » sont pour leur part si spécifiques qu'elles sont peu efficaces à rejoindre l'ensemble de la population afro-brésilienne et ont une portée limitée qui ne dépasse pas le groupe visé³⁰. Qu'il s'agisse des pauvres ou des Noirs et Métis, la manière dont on construit

groupes que l'appareil sociosanitaire définit à sa manière : les aînés et les autres, les ex-psychiatisés et les autres, les itinérants et les autres (Saillant, Clément, Gaucher, 2004). La référence commune changerait alors à chaque fois selon le groupe vivant par exemple l'une ou l'autre des formes d'exclusion. N'est-ce pas troublant ? Le social ne devient-il, ainsi vu, qu'un ensemble d'assemblages circonstanciés ?

28. Y a-t-il quelque chose de commun à l'ex-psychiatisé qui ne veut pas toujours être inclus, à l'handicapé qui ne veut pas d'une inclusion qu'il ne définit pas, au pauvre qui ne se pense pas nécessairement comme exclu, au criminel qui réclame des droits ? Y a-t-il quelque chose d'aussi commun qu'on le présume au sein d'un même groupe de dits exclus et entre les groupes d'exclus ? Et celui qui paraît exclu par rapport à une totalité de référence donnée, l'est-il par rapport à toutes les autres totalités de référence existantes ? C'est là toute la question des appartenances multiples qui caractérise de la réalité sociale, vraie aussi bien pour les « inclus » que pour les « exclus ».
29. On craint de créer des programmes inapplicables compte tenu du métissage de la population brésilienne.
30. Les mesures d'architecture universelles conçues pour les handicapés sont un exemple où une solution qui prend en compte au départ une différence spécifique, finit par servir un plus grand nombre de personnes. L'architecture universelle sert les enfants, les femmes encintes, les personnes âgées et malades ; elle dépasse le seul groupe qu'elle désignait pourtant au départ.

le groupe-cible pour élaborer des mesures contrant l'exclusion (dans le cas présent, associé à l'accessibilité des services) influe sur la nature du service et sa portée ; celui qui ne se reconnaît pas dans la catégorie qui le désigne, risque de se trouver encore plus exclu.

Au Brésil, une référence s'impose : c'est celle de la Nation qui se définit à partir de son mythe fondateur, lequel crée de l'Un, le sujet brésilien, la nation brésilienne, et donc en corollaire, les conditions implicites de la formation du tout unificateur. On peut penser que chaque société possède une idée de référence centrale et englobante, par son mythe fondateur et unificateur. Elle en a besoin pour se donner une idée de cohérence interne, pour créer une référence centrale et repérable, pour inventer son existence. Toutes les nations le font. La France dispose de la République (un tout sans différences et composé de sujets nécessairement égaux en principe) ; le Canada, du multiculturalisme (une mosaïque où chaque sujet trouve une place et contribue par sa différence aux couleurs et formes de la mosaïque, il existe par sa différence) ; et le Brésil, de la démocratie raciale (le sujet brésilien est le produit de la fusion de trois races et origines continentales, l'Africaine (noire), l'Amérindienne (rouge), l'Européenne (blanche). Chaque mythe national définit un territoire pour l'exclusion, il en prédéfinit les conditions. Par exemple la République française n'apprécie guère la revendication de différence qu'elle rejette dédaigneusement sous le vocable « communauté » ou « communautarisme ». Le trop singulier est exclu. L'État multiculturel canadien n'apprécie pas celui qui cherche à s'élever au-dessus des différences et de faire de sa différence une exception, le Québec en sait quelque chose. L'exception sera vite reléguée au magma des différences. Enfin, dans une démocratie raciale comme celle du Brésil, celui qui, fusionné, cherche à apparaître en se nommant comme spécifique tout en cherchant à s'inclure, est mal vu. Il brouille le mythe et on lui demandera vite de reprendre sa place, *o seu lugar*. Plusieurs Afro-Brésiliens militants se tourneront alors vers des stratégies afrocen-tristes et essentialistes, faisant dire à certains « nous avons été arrachés d'un passé glorieux de Rois et de Reines d'Afrique, notre passé est d'abord celui-là avant que d'avoir été esclave » (Saillant et Araujo, 2006, 2007 ; Saillant 2008).

Pour se créer en tant que référence, la Nation dispose d'un mythe d'origine (une configuration maîtresse) décrivant sa formation et sa composition (le nous), les groupes qui y sont inclus et des conditions de cette inclusion. Dire par exemple que le sujet canadien est un sujet qui par sa différence contribue à la nation canadienne exclut celui qui

voudrait se limiter à n'être que l'une ou l'autre différence sans se relier à la référence nationale canadienne pour devoir exister. Se pencher sur le mythe national, donc sur le récit de ce que serait la référence commune la plus significative et la plus englobante entre toutes, est important puisqu'il permet de saisir comment se représentent les lignes directrices de *ce qu'il convient d'être pour être considéré comme inclus*, et inversement comme *exclu*. La seule référence qui serait plus englobante que la Nation elle-même est la notion, tout aussi vague, d'humanité. Les groupes vulnérables, porteurs de différences, auxquels on s'intéresse de plus en plus, incluant ceux dits à risque comme le sont nombre de sous-groupes vivant dans les périphéries et *favelas* du Brésil (ex. les pauvres comme catégorie générique), nous font trop vite oublier que leur différence s'inscrit dans un ensemble structuré et structurant : celui de la Nation, qui précède hiérarchiquement d'autres formes de différence(s) et de référence(s). Ce constat, méthodologique et théorique, s'impose dans le cas du Brésil en raison de sa violence, de ses injustices, de sa démocratie qualifiée « démocratie de papier », des formes extrêmes de souffrance sociale, concentrées sur un groupe, soit la population noire et métisse, et qui s'effacent par effet de fusion dans le mythe national.

La situation que l'on trouve au Brésil pourrait nous aider à réfléchir à la généalogie historique de l'exclusion, importante pour comprendre des situations souvent analysées de manière trop conjoncturelle. Elle est utile pour penser la réalité autochtone au Canada, que le multiculturalisme ne libère pas de l'apartheid silencieux, ou celle des faux immigrés français nés en territoire français, que la République continue de laisser aux portes de la Cité et hors de son sacro-saint « monde commun ». Dans ces deux cas, les trous noirs de la colonisation et du colonialisme expliquent la reproduction des inégalités et de l'exclusion. Dans ces deux cas également, les inégalités liées à la santé et les réalités nommées par le vocable fourre-tout d'exclusion ne sauraient faire l'économie d'une approche généalogique permettant d'interroger non seulement leurs fondements profonds dans la longue durée mais aussi la relation de ce groupe à la totalité sociale qui les englobe et les nomme, la Nation. Cet exemple est une invitation à replacer les thèmes de la santé et de l'exclusion, comme nous le suggérons ailleurs (Saillant et Genest 2006), dans un vaste schéma plaçant le corps du sujet singulier et du sujet collectif dans le corps politique et national, et inversement, de considérer les problèmes de ceux qui sont qualifiés d'exclus, à l'aune des données de santé et des politiques du corps et de la vie.

TABLEAU 1

**Le système de santé public brésilien (SUS)
et le programme de santé de la famille (PSF) : les mots-clefs**

- 1 : Universalité** : principe qui vise l'élargissement de la couverture. Dans chaque territoire, l'universalité signifie l'assurance d'une assistance à toutes les familles qui y habitent.
- 2 : Équité** : mesure de *discrimination positive* (*action affirmative*) basée sur l'analyse de la situation de santé d'un groupe vulnérable et visant à offrir des conditions favorables à son bien-être et à sa santé.
- 3 : Intégralité et hiérarchisation** impliquent que le PSF soit la *porte d'entrée* du système local qui articule des pratiques de promotion, protection, soins et réhabilitation au moyen d'un travail multi-professionnel qui utilise des mécanismes de référence et de contre-référence.
- 4 : La participation de la communauté** au processus de *planification locale* et de définition des priorités, de l'exécution, de la surveillance et de la fiscalisation. Le contrôle social est fait à travers les conseils de santé dans les divers niveaux du système.

TABLEAU 2

**Les programmes d'actions affirmatives destinés
aux Afro-Brésiliens**

Domaine	Action	Objectif
Enseignement supérieur	Instaurer des quotas allant jusqu'à 50 % de présence afro-brésilienne dans les universités publiques et favoriser l'accès à l'université privée	Offrir une meilleure chance d'autonomie économique
Enseignement primaire et secondaire	Enseignement obligatoire de l'histoire africaine et de l'histoire afro-brésilienne dans les écoles primaires et secondaires	Restauration mémorielle, valorisation de l'identité
Terre	Reconnaissance des <i>quilombos</i>	Accès à la terre, patrimoine culturel, reconnaissance de la mémoire de l'esclavage
Religion	Promotion de la diversité religieuse et culturelle	Favoriser la tolérance des religions animistes et afro-brésiliennes
Santé	Programme d'actions spécifiques, ex. : réduction de l'incidence de l'anémie falciforme, action stratégique dirigée vers la population noire et métisse ; prise en compte des particularités des réalités des Afro-Brésiliens dans les SSP	Agir sur les inégalités de santé liées aux inégalités fondées sur la race

RÉFÉRENCES

- Abrantes-Pego, R. (1990), « Participacion social en salud : un estudio de caso en Brasil », *Salud Publica de Mexico*, vol. 41, n° 6, p. 466-474.
- Adorno, S. (2002), « Exclusão socioeconomica e violência urbana », *Sociologias*, vol. 4, n° 8, p. 84-135.
- Amann, E. et W. Berner (2002), « Neoliberalism and its Consequences in Brazil », *Journal of Latin American Studies*, vol. 34, n° 4, p. 945-959.
- Arsenault-Bussièrès, S. (2006), *Agentes communautaires de santé : être intermédiaires au cœur des inégalités sociales de santé : l'exemple de deux postes de santé de Salvador, Bahia, Brésil*, Mémoire de maîtrise, Département d'anthropologie, Université Laval.
- Azzoni, Carlos R. (2001), « Economic growth and regional income inequality in Brazil », *Annals of Regional Science*, vol. 32, no. 1, p. 133-152.
- Bandeira Beato, L. (2004), « Inequality and Human Rights of African Descendants in Brazil », *Journal of Black Studies*, vol. 34, n° 6, p. 766-786.
- Béhague, D.P. (2002), « Beyond the Simple Economics of Cesarean Section Birthing : Women's Resistance to Social Inequality », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 26, n° 4, p. 473-507.
- Béhague, D.P., H. Gonçalves et J. Dias da Costa (2002), « Making medicine for the poor : primary health care interpretations in Pelotas, Brazil », *Health Policy and Planning*, vol. 17, n° 2, p. 131-143.
- Benfica, G. (2002), « A taça do mundo é nossa ! Globalização, exclusão e futebol no Brasil », *Revista da Faecba - Educação e Contemporaneidade*, vol. 11, n° 17, p. 123-137.
- Birman, P. et M.L. Peireira (2004), *Um mural para a Dor. Movimentos cívicos-religiosos por justiça e paz*. UFRGS, Porto Alegre.
- Burgard, S. (2002), « Does Race Matter ? Children's Height in Brazil and South Africa » *Demography*, vol. 39, n° 4, p. 763-790.
- Bursztyń, M. (2001), « Réfugiés des campagnes, exclus des villes : un défi pour les politiques sociales menées au Brésil », *Revue Tiers Monde*, n° 167, p. 613-631.
- Carapinheiro, G. et S. Cortes (2000), « Conflitualidade e mundanças face a novos cenários globais : o caso dos sistemas de saúde português e brasileiro », *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n° 57-58, p. 259-290.
- Carneiro, Jr. N. et C. Silveira (2003), « Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social », *Cadernos Saúde Pública*, vol. 19, n° 6, p. 1827-1835.
- Carneiro, S. (2002), « Movimento Negro no Brasil : novos e velhos desafios », *Caderno CRH*, 36, p. 209-215.
- Carretero, T. C. et V. Aguirre Munoz (2002), « Historia de una vida, historia de una sociedad de exclusion », *Perfiles Latinoamericanos*, vol. 10, n° 21, p. 11-33.
- Cohn, A. (2003), « Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde », *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 8, n° 1, p. 9-18.

- D'Adesky, J. (2006), *Libertade e reconhecimento*. Rio de Janeiro, Dautdesign Editora.
- De Aquino, A. et S. Gullo (1998), « Violência urbana, um problema social », *Tempo Social*, vol. 10, n° 1, p. 105-119.
- Dos Santos, M.P. (2001), « Inclusion and /or Integration : the debate is still on in Brazil », *Disability and Society*, vol. 16, n° 6, p. 893-897.
- Elias, P.E.M. et A. Cohn (2003), « Health reform in Brazil : Lessons to consider », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 1, p. 44-48.
- Farmer, P. (2003), *Pathologies of Power*, Berkeley, California University Press, p. 29-50.
- Fassin, D. (1996), « Exclusion, underclass, marginalidad », *Revue française de sociologie*, vol. XXXVII, p. 37-75.
- Fausto, Neto A.M.Q. (1995), « Violência e dominação : as favelas voltam à cena », *Revista Sociedade e Estado*, vol. 10, n° 2, p. 417- 438.
- Ferreira, J. (2008), « Inégalités, équité et accès aux soins. Les dilemmes liés à l'Universalisation du système de santé publique au Brésil », dans Gagnon É., Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 139-150.
- Fontes, V. (1995), « Sobre a exclusão : Alguns desafios contemporâneos », *Cad. CRH Salvador*, n° 23, p. 98-119.
- Fortes, P.A.D., Zoboli et E.L.C.P. et S.R. Spinetti (2001), « Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência », *Revista de Saúde Pública*, vol. 35, n° 5, p. 451-455.
- Florestan, F. (1964), « A integração do negro na sociedade de classes », Tese de sociologia, USP.
- Fry, P. (2005), *A persistência da raça*, Rio de Janeiro, Civilização brasileira.
- Fry, P. (2005), *A Persistência da Raça : ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África Austral*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Fry, P. Maggie, Y., Maio C. M., Monteiro, S., et V. Ricardo Santos, (Org.) (2007), *Divisões Perigosas : Políticas Raciais no Brasil Contemporâneo*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Giovanella, L., Vatisamn J., Escorel S., Magalhães et N. de Rosário Costa (2002), « Health and Inequality : Institutions and Public Policies in the 21th century », *Revista Panamericana de Salud Publica*, vol. 11, n° 5-6, p. 466-470.
- Goldani, M.Z. et coll. (2001), « Infant mortality rates according to socioeconomic status in a Brazilian city », *Revista de Saúde Pública*, vol. 35, n° 3, p. 256-261.
- Goldani, M.Z. et coll. (2002), « Narrowing inequalities in infant mortality in Southern Brazil », *Revista de Saúde Pública*, vol. 36, n° 4, p. 478-483.
- Gomez Gomez, E. (2002), « Genero, equidad y acceso a los servicios de salud : una aproximacion empirica », *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, vol. 11, n° 5-6, p. 327-334.
- Guerrero, E. et coll. (2002), « Uma agenda para a redução de desigualdades em saúde : informe do seminário Saúde e Desigualdade : Instituições e Políticas Públicas

- no Século XXI », *Informes Report*, Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 18, (Suplemento), p. 212-218 (<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13807.pdf>).
- Guimarães, N.A. (2001), « Os desafios da equidade : reestruturação e desigualdade de gênero e raça no Brasil », *Cadernos pagu*, n° 17-18, p. 237-266.
- Huggins, M.K. et M. Mesquita P. De Castro (1999), « Civic Invisibility, Marginality, Moral Exclusion : The Murders of Street Youth in Brazil », dans R. Michelson (dir.), *Children on the Streets in the Americas : Globalization, Homelessness, and Education in the United States, Brazil and Cuba*, London, Routledge, p. 257-268.
- Lucif Jr, N. et J.S.Y. Rocha (2004), « Estudo da desigualdade na mortalidade hospitalar pelo índice de comorbidade de Charlson » (Study of Inequalities in Hospital Mortality using the Charlson Comorbidity Index), *Revista Saúde Pública*, vol. 38, n° 6, p. 780-786.
- Laniado, R.N. (2001), « Desempenho institucional e justiça em relação à exclusão no Brasil contemporâneo », *Caderno CRH*, 35, p. 151-178.
- Magalhães, R. (2001), « Integration, exclusion, and solidarity in the current social policy debate », *Cadernos Saúde Pública*, vol. 17, n° 3, p. 569-579.
- Maggie, Y. et C. Rezende, C. B., (dir.) (2001), *Raça Como Retórica : A Construção da Diferença*, Rio de Janeiro, Record.
- Michael, M.J. et H. Wood (1998), « Ironies of Citizenship : Skin Color, Police Brutality, and the Challenge to Democracy in Brazil », *Social Forces*, vol. 77, n° 3, p. 1001-1020.
- Munanga, K. (2004), *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil. Identidade Nacional versus Identidade Negra*, 2. ed., Belo Horizonte, Editora Autêntica.
- Peralva, A. (2001), « Perspectives sur la violence brésilienne », *Revue Tiers Monde*, n° 167, p. 537-554.
- Perreira, C. (1996), « A política pública como caixa de pandora : organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira », *Dados*, vol. 39, n° 3, sp.
- Pereira dos Santos, M. (2001), « Special Education, Inclusion and Globalisation : A Few Considerations Inspired in the Brazilian Case », *Disability & Society*, vol. 16, n° 2, p. 311-325.
- Ribeiro, M. (1999), « Exclusão : problematização do conceito », *Educação e pesquisa*, vol. 25, n° 1, p. 35-49.
- Reis, E.P. (1999), « Elite Perceptions of Poverty : Brazil », *IDS Bulletin*, vol. 30, n° 2, p. 127-136.
- Reis, E.P. (2000), « Percepções da elite sobre pobreza e desigualdade » (Elite Perceptions of Poverty and Inequality), *Revista Brasileira de Ciências Sociais (RBCS)*, vol. 15, n° 42, p. 143-152.
- Rocha, M. (1999), « Recherches sur la pauvreté : état des lieux, contribution à la définition d'une problématique », *Revue Tiers Monde*, n° 160, p. 871-895.
- Rolnik, R. (2001), « Territorial exclusion and violence : the case of the state of São Paulo, Brazil », *Geoforum*, 32, p. 471-482.

- Rosenberg, F. (2003), « Multilateral organizations and early child care and education policies for developing countries », *Gender and Society*, vol. 17, n° 2, p. 250-266.
- Saillant, F. (2009), « Le navire négrier », *Ethnologies*, à paraître.
- Saillant, F. (2007), *La dignité pour horizon. Identités, handicaps, interventions humanitaires et post humanitaires*, Paris, Karthala.
- Saillant, F. et A.L. Araujo (2006), « Zumbi : mort, mémoire résistance », *Frontières*, vol. 19, n° 1, p. 37-43.
- Saillant, F. et A.L. Araujo « L'esclavage au Brésil. Le travail du mouvement noir », *Ethnologie française*, vol. XXXVII, n° 3, p. 457-467.
- Saillant, F. et S. Genest (dir.) (2006), *Anthropologie médicale : ancrages locaux, défis globaux*. Québec/Paris, PUL/Anthropos.
- Saillant, F., M. Clément et C. Gaucher (dir.) (2004), *Identités, communautés, vulnérabilité*, Québec, Nota Bene.
- Sastry, N. (2004), « Trends In Socioeconomic Inequalities in Mortality In Developing Countries : The Case Of Child Survival in São Paulo, Brazil », *Demography*, vol. 4, n° 3, p. 443-464.
- Skidmore, T.L. (2002), « Brazil's Persistent Inequality : Lessons from History », *Latin American Politics and Society*, vol. 46, n° 2, p. 133-147.
- Sposati, A. (1996), « Desejo de Sao Paulo », *Novos Estudos CEBRAP*, n° 45, p. 183-208.
- Szwarcwald, C.L., Andrade C.L.T. et coll. (2002), « Income Inequality, Residential Poverty Clustering and Infant Mortality : a Study in Rio de Janeiro, Brazil », *Social Science & Medicine*, vol. 55, n° 12, p. 2083-2092.
- Szwarcwald, C.L., F.I. Bastos F.I. et coll. (2000), « Health Conditions and Residential Concentration of Poverty : a Study in Rio de Janeiro, Brazil », *Journal Epidemiological Community Health*, vol. 54, n° 7, p. 530-536.
- Torres, C. (2002), « Descendientes de africanos en la Region de las Americas y equidad en materia de salud » (People of African Descent in the Region of the Americas and Health Equity), *Revista Panamericana de Salud Publica / Pan American Journal of Public Health*, vol. 5, n° 6, p. 471-479.
- Waquant, L. (2004), « Towards a Dictatorship over the Poor ? Notes on the penalization of poverty in Brazil », *Punishment & Society*, vol. 5, n° 2, p. 197-205.
- Zaluar, A. (1997), « Exclusão e políticas públicas. Dilemas teóricos e alternativas políticas », *Revista Brasileira Ciências Sociais*, vol. 12, n° 35, p. 19-24.

CHAPITRE 4

La justice sociale et ses exclusions

Le cas de l'Organisation mondiale de la santé (1948-1998)

Michèle Clément et Roberson Édouard

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) légitime la plupart des actions et des programmes qu'elle met en œuvre au nom de la justice sociale. C'est encore au nom de cette justice que, depuis la *Déclaration d'Alma-Ata* (1978), elle presse tous les pays membres, tout le personnel des secteurs de la santé et du développement, bref toute la communauté internationale, à une action urgente en vue de protéger et de promouvoir la santé des populations. L'équation est donc simple : la justice sociale serait la réponse de l'OMS aux injustes inégalités, notamment la maladie et la pauvreté.

Or, quelques décennies après Alma-Ata, force est de constater que les actions de l'OMS n'ont pas toujours eu pour effet d'actualiser cette justice tant recherchée. On peut dès lors s'interroger sur la *nature* de la justice sociale imprégnant le discours de l'OMS. Renvoie-t-elle à une égalité de droits d'accès au niveau de santé le plus élevé possible ? À une égalité des chances dans l'accès ou dans l'utilisation des services ? À une certaine forme de distribution des biens sociaux incluant les

services de santé ? On peut aussi se demander si les écarts observés entre les aspirations de justice sociale de l'OMS et les résultats de ses actions ne seraient pas, finalement, le produit d'une perversion idiosyncrasique à sa démarche ?

Ce texte n'entend pas rendre compte de l'ensemble des politiques et programmes mis en œuvre par l'OMS entre 1948 et 1998, ni en faire une évaluation systématique. Notre contribution vise plutôt à interroger les dimensions tacites de la justice sociale avec laquelle travaille l'OMS, et ce, à la lumière d'une analyse approfondie du discours véhiculé par les politiques, programmes et actions dont elle a été l'instigatrice. Pour y parvenir, nous suivrons un plan progressif et inductif. Reprenant régulièrement des citations à l'appui de nos propos¹, nous nous en tiendrons au discours de l'OMS.

La réflexion sera organisée en cinq temps. Nous commencerons d'abord par préciser ce qu'est l'Organisation mondiale de la santé, ce qu'elle fait et dans quel but. Ce sera l'occasion de revenir sur les grandes conférences qu'elle a tenues (notamment Alma-Ata) et les politiques de santé dont elle s'est dotée. Dans la deuxième section, nous analyserons plus en détail la politique « La santé pour tous », car, plus que toute autre peut-être, elle traduit l'engagement de l'OMS à créer un monde plus juste avec moins d'exclusion. L'analyse de cette politique nous permettra d'expliquer en quoi sa mission et ses actions se veulent une

-
1. Notre corpus est constitué principalement de ce qu'il est convenu d'appeler *les documents officiels de l'OMS*, à savoir les textes fondateurs (Constitution, conventions, accords), les projets de budget et programmes, la *Déclaration d'Alma-Ata*, les rapports du Secrétariat exécutif, les rapports de l'Assemblée mondiale, quelques rapports techniques (Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires, Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous, Séries santé pour tous), les bilans (Consultations sur le thème Macroéconomie et santé, Rapports sur la santé dans le monde, 1995-2006...) À cela s'ajoute aussi une revue des écrits scientifiques. Cette sélection est le résultat d'un processus minutieux de recherche électronique de documents officiels numériques de l'OMS, recensés et examinés soigneusement, et choisis selon leur degré de pertinence pour la thématique de l'exclusion sociale et des politiques de santé publique internationale. Une série de six mots-clés a permis ce repérage : inégalités, pauvreté, disparité, justice sociale, équité et exclusion. Nous avons examiné les documents grâce à une grille de lecture reproduite en annexe (annexe 1). Celle-ci est organisée selon deux axes : les composantes d'une politique et les catégories d'exclusion sociale. Le premier axe nous a permis de reconstituer les politiques de lutte contre l'exclusion sociale de l'OMS. Le second nous a permis de recenser et de distinguer les indicateurs de manifestation de l'exclusion sociale, ceux de sa structuration, et ceux des politiques et des interventions contre l'exclusion sociale.

réponse à l'exclusion sanitaire². Nous préciserons par la suite (troisième section) en quoi la « Stratégie mondiale de la santé pour tous » (en tant qu'instrument d'une politique centrale) et les « Soins de santé primaires » (en tant que moyen et programme-clé) incarnent, dans la perspective de l'OMS, un idéal de justice sociale au service de la lutte contre les formes d'exclusions qu'engendrent notamment la maladie et la pauvreté. En quatrième lieu, nous établirons le bilan des politiques de l'OMS de concert avec les gouvernements nationaux, en montrant que la perspective de justice sociale qui les traverse a eu pour effet d'atténuer, dans certains cas, l'exclusion sanitaire ; dans d'autres, de l'exacerber et même de produire de nouvelles formes d'exclusion sanitaire et partant, d'exclusion sociale. La dernière section sera consacrée à l'analyse de quelques-unes des conséquences paradoxales des efforts de l'OMS à combattre l'exclusion sanitaire.

L'objectif du présent chapitre consiste à montrer que le recours à la perspective de la justice sociale n'est pas en soi une panacée, qu'il peut très bien donner lieu à des politiques et à des interventions ciblant les symptômes et les lieux d'expression de l'exclusion (manque, privation, nonaccès, inégalité, etc.) en laissant toutefois intacte la dynamique sociale qui les génère, c'est-à-dire les déterminants structurels de l'exclusion sociale. Plus spécifiquement, nous voulons mettre en relief quelques-uns des mécanismes à travers lesquels ces déterminants opèrent même dans le cadre de politiques orientées vers la justice sociale.

L'exclusion sociale, telle que nous l'entendons ici, ne renvoie ni à un phénomène immédiatement observable, ni à un aboutissement ou à une conséquence figée (pauvreté, chômage, maladie, manque d'instruction, stigmatisation, discrimination...), même si ces derniers peuvent en être des signes. Elle engage plutôt des processus qui structurent dans le temps, « l'accès à des ressources essentielles qui déterminent la qualité de la participation à la vie sociale [surtout aux aspects valorisés de la production, de la consommation et des réseaux sociaux] et, en bout de ligne, produisent et reproduisent un ensemble complexe

-
2. Il y a exclusion sanitaire si l'une ou l'autre des conditions suivantes n'est pas remplie : l'accès aux services de santé, c'est-à-dire une offre de services en santé et l'accès matériel et économique à ces services est garanti ; les foyers sont protégés financièrement afin que le financement des services de santé ne menace ni la stabilité des familles ni l'épanouissement de leurs membres ; la prestation des soins se fait dans la dignité, c'est-à-dire s'avère d'excellente qualité et respectueuse de la race, de la culture et des conditions socioéconomiques des usagers (OPS, 2002 : 4).

d'aboutissements sociaux » (Toye et Infanti, 2004 : 10) qui sont délétères pour les individus et les collectivités. L'exclusion sanitaire participerait donc d'une exclusion plus générale dont la dynamique évoque des déterminants sociaux (rapports de pouvoirs) aussi bien que macro-sociaux, extérieurs au champ précis de la santé, en l'occurrence l'ordre économique mondial, les types d'organisation sociale, les modes de division du travail social, les modèles sociaux, les régimes politiques, etc.

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ : SON MANDAT ET SA POLITIQUE GÉNÉRALE

Créée en 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est l'une des quatre grandes institutions spécialisées du système des Nations unies³. Sa création a permis de définir et de mettre en œuvre la première politique de santé publique qui soit véritablement internationale. Cette organisation intergouvernementale à vocation universelle agit « en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour toutes les questions internationales de santé et de santé publique » (OMS, 1947 : 2). L'OMS n'a cependant pas de pouvoirs supranationaux. À leur demande, elle aide les États nationaux à améliorer leurs services de santé et répond à toutes les requêtes inscrites dans ses attributions et domaines de compétences, en provenance d'un État ou des Nations unies. Elle soutient les stratégies sanitaires nationales, conçoit et met en œuvre des stratégies internationales de santé publique et s'intéresse aux problèmes de santé les plus urgents dans le monde.

Comme l'indique l'article 1 de sa constitution, le but de l'OMS : « ... est d'amener tous les peuples [de la terre] au niveau de santé le plus élevé possible » (OMS, 1947 : 2 ; 2006 : 2). Elle considère la santé⁴ comme un droit fondamental pour tout être humain, indépendamment de son groupe ethnique, de sa religion, de ses opinions politiques et de sa condition économique et sociale. En outre, faire accéder tous les peuples de la Terre au « niveau de santé le plus élevé possible » contribue au développement économique. De son point de vue, santé et développement sont indissociables.

-
3. Les trois autres organismes spécialisés des Nations unies sont : l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
 4. Ici, la santé renvoie non seulement à l'absence de maladie et d'infirmité évitables, mais aussi à un état complet de bien-être physique, mental et social (OMS, 1947 : 2 ; 2006 : 2.).

Trois grands principes guident ses actions : le bonheur des peuples, leurs relations harmonieuses et leur sécurité. Ces principes induisent un certain nombre d'axiomes qu'on pourrait ainsi résumer : la démocratisation du risque et de la sécurité, la responsabilité étatique et la coopération étroite des individus et des États. En effet, selon l'OMS, les inégalités de santé entre les pays et dans chacun d'eux, celles qui touchent plus particulièrement les maladies transmissibles, représentent un péril pour tous. À l'inverse, les résultats atteints par chaque pays dans l'amélioration et la protection de la santé individuelle et collective sont avantageux pour tous. Pour cette raison, les États membres de l'OMS se sont engagés à coopérer en vue d'améliorer et de protéger la santé de tous. Néanmoins, il reste que la responsabilité de la santé des peuples relève avant tout du gouvernement de chacun des États.

Le domaine de définition du mandat de l'OMS est décrit dans sa charte fondamentale⁵ : l'OMS assure tout d'abord une fonction normative et de standardisation en santé publique (règlement, nomenclature internationale des maladies, des produits toxicologiques, conventions, etc.). Elle exerce également une fonction de recherche et joue un rôle important sur les plans de la formation et de l'information (transfert de connaissances, de technologies, etc.). À cela s'ajoute sa fonction opérationnelle, fonction d'assistance technique et d'aide d'urgence. Enfin, outre le champ spécifique de la santé, elle voit également à tous les autres aspects de la politique publique qui ont une incidence sur la santé des gens (eau potable, logements, commodités de base, etc.).

Entre 1948 et 1998⁶, l'histoire de l'Organisation a connu trois grands tournants l'ayant conduite à son mandat tel qu'on le connaît aujourd'hui et l'ayant progressivement rapprochée de ses objectifs initiaux⁷. Créée dans le contexte d'après-guerre, c'est-à-dire celui de la reconstruction de l'Europe, des Trente Glorieuses et de la guerre froide, elle a, durant la première décennie de son existence (1948-1959), surtout dirigé son action vers l'établissement d'un cordon sanitaire autour des pays dits les « moins évolués ». Elle enjoignait les gouvernements de ces

5. Pour un portrait complet des fonctions de l'OMS, voir Y. Beigbeder (1995 ; 1997).

6. Cet article ne traite pas de la période allant de 1998 à nos jours. Nous avons choisi de surseoir sur cette période, parce qu'elle coïncide avec un remaniement important au sein de l'Organisation, l'adoption d'une série de mesures - inspirées par l'état de la santé dans le monde et le bilan de l'application des soins de santé primaires pendant un quart de siècle - dont il est encore aujourd'hui trop tôt pour évaluer adéquatement les résultats.

7. Pour une énumération de ces objectifs, voir la constitution de l'OMS (1947 ; 2006).

pays à s'en tenir aux méthodes d'assainissement éprouvées et à apprendre à leurs populations les pratiques simples et quotidiennes d'hygiène. Le mouvement de décolonisation à la faveur duquel émergèrent de nombreux États postcoloniaux a eu pour effet, dans la seconde décennie (1960-1972), de recibler son action. Lors de la 14^e Assemblée mondiale de la santé tenue en 1961, il est en effet stipulé que l'OMS aura désormais « un rôle important à jouer pour aider les pays et les peuples coloniaux à exercer leur droit fondamental et inaliénable à la liberté et à l'indépendance, en contribuant à l'élévation de leur niveau de santé physique et mentale... » (Beigbeder, 1997 : 18). De l'incitation à l'adoption de saines mesures de santé, l'OMS voit donc son champ d'action s'élargir de manière significative.

Les deux décennies subséquentes (1973-1998) ont été quant à elles cruciales sur le plan de l'affirmation du parti pris de l'OMS pour la justice sociale. En septembre 1978, dans le cadre d'une initiative conjointe de l'Organisation et de l'UNICEF, s'est tenue la conférence internationale d'Alma-Ata au cours de laquelle les dirigeants de la planète ont reconnu la nécessité d'une action urgente des États afin de promouvoir la santé de tous les peuples du monde⁸. La Déclaration d'Alma-Ata stipule en effet que :

Les gouvernements [États] ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de la justice sociale (OMS, 1978 : 3).

De la conférence d'Alma-Ata va découler la « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 », laquelle incarne l'aspiration à

8. Du reste, cette période coïncide également avec l'adoption unanime à l'Assemblée générale des Nations unies d'une Déclaration concernant l'instauration d'un « Nouvel ordre économique international » (ONU, Rés. 3201 (S-VI) : 1974). L'une des implications les plus importantes de cette résolution est l'invitation expresse faite par les Nations unies à l'OMS et aux organismes apparentés « à intensifier l'action internationale en faveur d'une amélioration des conditions sanitaires dans les pays en développement en accordant la priorité à la prévention des maladies et de la malnutrition et en fournissant des services de santé de base aux collectivités, y compris des services d'hygiène maternelle et infantile et de protection de la famille » (Beigbeder, 1997 : 19).

un système de soins de santé primaires⁹ universellement accessible. Le mot d'ordre « santé pour tous » ne signifie pas qu'en 2000 tous les habitants de la Terre recevront des solutions médicales à leurs maux, ni qu'il n'y aura plus de malades ou d'handicapés, mais plutôt que la santé commence à la maison, à l'école et à l'usine, car c'est précisément là où vivent et travaillent les gens qu'elle se gagne ou se perd. « Santé pour tous » souligne aussi l'importance de miser sur de meilleures approches pour prévenir la maladie et atténuer les affections et incapacités inévitables. Elle renvoie également à la nécessité de grandir, de vieillir et de mourir dans des conditions satisfaisantes. De plus, ce slogan évoque l'idée que les ressources disponibles pour la santé, quelles qu'elles soient, doivent être *équitablement* réparties dans la population et les soins de santé essentiels *accessibles* à tous les individus et familles, selon des modalités acceptables, à des prix abordables et avec la participation complète de tous. « Santé pour tous » signifie enfin que l'on doit faire en sorte que les gens aient conscience du pouvoir qu'ils ont de façonner leur existence et celle de leur famille, à l'abri des maladies *évitables* de telle sorte que la détérioration de leur santé ne soit plus perçue comme un phénomène inéluctable (OMS, 1981a : 30).

En somme, l'ensemble des orientations privilégiées par la « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 » rejoint directement la mission de l'OMS qui repose sur l'idée que tout individu a le droit d'avoir accès aux soins de santé primaires, et par leur intermédiaire, à tous les échelons d'un système de santé complet. « [...] au minimum, tous les habitants de tous les pays du monde devraient accéder au moins à un niveau de santé tel qu'ils soient capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie » (OMS, 1981a : 13). « La santé pour tous d'ici l'an 2000 » est finalement bien plus qu'une simple stratégie sanitaire ; elle est aussi une réponse à l'exclusion sociale dans le monde.

9. Par soins de santé primaires, il faut entendre les soins de santé essentiels rendus accessibles à un coût que le pays et la communauté peuvent assumer et fondés sur des méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement accessibles. Il s'agit du principal véhicule des prestations de santé ainsi que du premier échelon d'un réseau de protection sanitaire qui s'étend de la périphérie au centre (OMS 1984 : 12-13).

LA « SANTÉ POUR TOUS » COMME INCARNATION D'UN IDÉAL DE « JUSTICE SOCIALE »

La « Santé pour tous » s'enracine dans un bilan d'exclusion dont les formes ultimes d'expression sont la pauvreté et les inégalités existantes entre les différentes régions du monde ainsi qu'à l'intérieur des pays, même les plus riches. Elle s'appuie sur le fait que :

Près d'un milliard d'êtres humains sont enfermés dans le cercle vicieux de la misère, de la malnutrition, de la maladie et du désespoir qui sape leur énergie, réduit leur capacité de travail et limite leur aptitude à établir des plans d'avenir. [...] des centaines de millions de personnes souffrent d'une sous-alimentation qui mine leur énergie et leur moral, diminue leur capacité de travail scolaire et professionnel et affaiblit leur résistance à la maladie (OMS, 1981a : 17-18).

Non seulement ces personnes sont-elles pauvres et malades, mais elles sont également exclues des bienfaits du développement économique et des progrès de la médecine ayant marqué le XX^e siècle. En 1978, dans la *Déclaration d'Alma-Ata*, l'OMS s'indigne contre le fait que : « La situation sanitaire de centaines de millions d'êtres humains dans le monde d'aujourd'hui est inacceptable... » (OMS, 1978 : paragr. 13). Elle renchérit dans l'énoncé de la *Formulation stratégique de la Santé pour tous d'ici l'an 2000* : « Plus de la moitié de la population du monde est privée de soins de santé convenables. Il existe un large fossé entre pays développés et pays en voie de développement pour ce qui est de leur état de santé et des ressources qu'ils consacrent à l'amélioration de la santé » (OMS, 1979 : paragr. 1). « Le fossé, ajoute-t-elle, s'élargit entre les « privilégiés » de la santé des pays riches et les « déshérités » de la santé du tiers monde. De plus, le même fossé s'observe à l'intérieur de chaque pays, quel qu'en soit le degré de développement. » (OMS, 1978 : paragr. 2.)

L'OMS explique cette disparité de santé au détriment des pays en développement et des pauvres où qu'ils se trouvent, autant par des modes de vie pathogènes (mauvaises habitudes alimentaires, absence de mesures d'hygiène élémentaires, etc.) que par l'inadéquation des systèmes de santé (absence de services, faible accès aux soins, services inadaptés) et l'inefficacité de l'administration des ressources disponibles. Elle dénonce également la priorité généralement accordée à la médecine curative au détriment de la prévention et de la promotion de la santé. Elle souligne, à propos de ces systèmes de santé, que :

[...] les ressources sanitaires sont affectées principalement à des institutions médicales ultramodernes implantées en milieux urbains. Outre ce qu'elle a de

socialement contestable, la concentration d'une technologie complexe et coûteuse sur les segments limités de la population n'offre même pas l'avantage d'améliorer la santé. En fait, l'amélioration de la santé est actuellement assimilée à la fourniture de soins médicaux par un nombre croissant de spécialistes qui appliquent des technologies médicales étroitement spécialisées au profit d'une minorité de privilégiés... (OMS, 1978 : paragr. 3.)

En outre, conformément à l'état des connaissances, les ressources affectées à la santé sont très inégalement réparties : la part du revenu national consacrée à la santé tend à augmenter à mesure que les pays s'enrichissent (OMS, 1999b). En revanche, les dépenses privées de santé, sans parvenir à fournir des soins adéquats, sont certes moins élevées chez les pauvres, mais elles occupent une part plus importante des budgets familiaux. C'est pourquoi, soutient l'OMS : « ... dans le monde entier, les groupes défavorisés n'ont accès à aucune forme de soins de santé. Or ces groupes totalisent probablement les quatre cinquièmes de la population du globe, vivant principalement dans les zones rurales et les taudis urbains... » (OMS, 1978 : paragr. 4).

Pour l'OMS, en somme, inégalités économiques et inégalités de santé se conjuguent sans cesse. Pour cette raison, à partir d'Alma-Ata, non seulement réaffirmera-t-elle sans cesse l'importance de réduire les inégalités sociales et économiques, elle s'engagera également à orienter ses actions en faveur des plus démunis et des victimes de la pauvreté (OMS, résolution WHA52.23 : 1999e), et ce, notamment en privilégiant l'accès universel à des services de santé de qualité (OMS, résolution WHA51.7 : 1998e).

Néanmoins, remarque-t-elle, dans « ... la lutte contre la maladie, il ne faut pas s'en remettre aux seules techniques sanitaires, car les réalisations dans ce secteur dépendent directement du niveau de développement économique des pays concernés [...] » (OMS, Actes officiels cités par Beigbeder, 1997 : 20). C'est pourquoi, elle cherche à rompre avec la conception classique des systèmes de soins complexes et coûteux et dont la pertinence sociale lui semble parfois douteuse. Elle argumente ainsi :

[...] les systèmes sanitaires sont trop souvent conçus en dehors des grands courants du développement socioéconomique. Ils se limitent fréquemment à la prestation de soins médicaux alors même que l'industrialisation et l'altération délibérée de l'environnement créent des problèmes de santé dont la maîtrise déborde largement le champ des soins médicaux. (OMS, 1978 : paragr. 5.)

Aussi, prône-t-elle une nouvelle approche : « Pour réduire l'écart [*dans les conditions économiques et sanitaires*¹⁰] entre les « nantis » et les « démunis » à l'intérieur de chaque pays comme entre les pays ; il faudra que la plupart des pays formulent et mettent en œuvre des mesures concrètes en vue d'une répartition plus équitable des ressources » (OMS, 1979 : paragr. 24). Plus globalement, il faudra de nouvelles politiques élaborées à l'échelle nationale et internationale et dont la perspective puisse ressembler à la « Stratégie mondiale de la santé pour tous ». Car, d'après l'OMS : « L'objectif social général de la santé pour tous doit être subdivisé en politiques sociales plus concrètes visant à améliorer la qualité de la vie et à assurer à tous une protection sanitaire maximale » (OMS, 1979 : paragr. 24). Dans cette nouvelle approche, santé et développement sont intimement liés, mais par l'intermédiaire d'un idéal de justice sociale qui requiert une attention particulière pour les défavorisés afin de leur permettre d'échapper au piège dans lequel la pauvreté les enferme (Beigbeder, 1997 : 21). Désormais, la justice sociale deviendra la valeur phare, la charnière de tous les aspects du travail de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1999c).

La réponse de l'OMS à l'exclusion des pauvres et des groupes vulnérables des progrès de la médecine et du développement socioéconomique se concrétise donc dans la *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, axée sur les soins de santé primaires. Cette stratégie, en tant qu'instrument d'une politique de santé publique transnationale, incarne un certain esprit de justice sociale.

Une question s'impose alors : *la conception que se fait l'OMS de la justice sociale permet-elle de résoudre les problèmes d'exclusion sanitaire qu'elle constate et déplore et, si oui, comment va-t-elle faciliter la sortie des pauvres et des personnes vulnérables du cercle vicieux des inégalités et de l'exclusion ?*

LE REGARD DE L'OMS SUR LA JUSTICE SOCIALE

Affirmer que l'OMS travaille dans un horizon de justice sociale conduit à s'interroger sur la conception qu'elle s'en fait et, surtout, sur les effets de celle-ci sur la santé et l'accès aux soins.

Sur un plan général, on peut dire que la notion de justice sociale est un idéal critique, un repère pour évaluer, à partir de prin-

10. Cette périphrase est un ajout des auteurs.

cipes établis, dans quelle mesure des institutions¹¹ peuvent être jugées justes ou non. Elle indique les transformations auxquelles celles-ci devraient être soumises pour devenir conformes à l'idéal de justice que l'on s'est donné. Dans ce contexte, une théorie de la justice sociale apparaît comme un corps de propositions ou de principes servant à déterminer rationnellement ce qui est juste et ce qui ne l'est pas. Elle permet aussi de trancher entre diverses possibilités d'action concurrentes.

La conception que l'OMS se fait de la justice sociale nous semble être une approche combinant plusieurs théories existantes, avec toutefois une nette inclination pour le courant rawlsien de la justice sociale. Il n'y a pas l'ombre d'un doute, l'approche de l'OMS n'est pas celle des libéraux, fussent-ils radicaux ou modérés. En effet, dans les politiques et programmes de santé de l'Organisation, la santé est constamment conçue comme un bien spécial qu'il ne convient guère de laisser aux bons soins du marché. Tout ce qu'a fait ou proposé l'OMS va à l'encontre d'une régulation partielle ou totale de l'accès aux soins selon les lois du marché. Le principe de responsabilité¹², central dans l'approche libérale dans la mesure où il détermine les frontières de la justice ou de l'injustice des inégalités de santé, est peu présent dans le discours et les politiques de l'OMS. Cette dernière plaide au contraire pour une redistribution publique en matière de soins de santé. Outre les dons privés et volontaires, l'OMS recommande aux gouvernements d'investir massivement dans la santé de leur population. Le droit à la santé que revendique l'Organisation est un droit fondamental (ou de base) de l'être humain.

De nombreux indicateurs nous portent à croire que la démarche de l'OMS est largement inspirée de la théorie de la justice sociale des égalitaristes. Ce que propose l'Organisation, ce n'est pas une parfaite égalité d'état de santé ou d'accès aux soins entre tous les individus – même s'ils ont des caractéristiques communes –, mais une conception

11. Le terme « institutions » recouvre ici aussi bien la constitution politique que les principales structures économiques et sociales.

12. En vertu de ce principe, la responsabilité de l'état de santé d'un individu lui est imputable, sauf si l'action néfaste d'un autre individu est manifestement en cause. Ce principe s'applique même dans les cas de maladies graves survenant aléatoirement ou de malformations congénitales dont sont victimes les enfants. Ce principe stipule que tout individu est doté d'un capital-santé qu'il lui revient de traiter comme sa propriété légitime au même titre que toute autre dotation initiale. Ce capital évolue au cours de sa vie, en fonction de ses choix et actions, mais aussi en fonction de circonstances extérieures.

holiste où prédomine une vision négative de l'idéal égalitariste. Autrement dit, sur la base de l'aléa des risques médicaux, elle établit l'impossibilité de redistribuer également la santé, et se rabat sur le critère de la diminution des inégalités de santé. L'objectif d'équité du programme de la « Santé pour tous » établi par l'OMS va exactement dans cette direction. Le premier de ses 38 buts, « l'équité en matière de santé », prévoit en effet que « d'ici l'an 2000, les différences effectives d'état sanitaire entre pays et entre groupes à l'intérieur du même pays devraient être réduites d'au moins 25 % grâce à une amélioration de la santé des nations et des groupes défavorisés » (OMS, 1985 cité dans Schneider-Bunner, 1997 : 109). N'interrogeant pas explicitement les inégalités interindividuelles – l'égalité recherchée existerait entre groupes sociaux, à l'intérieur des groupes âge-sexe –, l'OMS recommande d'adopter une approche de la santé et des soins qui soit capable de « réduire l'écart entre les 'nantis' et les 'démunis' à l'intérieur de chaque pays, comme entre les pays » (OMS, 1979 : parag. 24). C'est ainsi qu'elle croit pouvoir amener tous les habitants du monde au niveau de santé le plus élevé possible. Que signifie le plus élevé possible ? Pourquoi cette imprécision dans la formulation ?

Dès sa constitution, l'OMS a statué que : « La possession du meilleur état de santé possible est un droit fondamental de tout être humain, indépendamment de sa race, de sa religion, de ses opinions politiques, de sa condition économique ou sociale » (OMS, 1947 : 2 ; 2006 : 2). Pour l'OMS, le droit à la santé est plus qu'un droit aux soins, il est un droit à tous les services nécessaires¹³ pour être en bonne santé. Les fondements égalitaristes de l'égalité du droit à la santé reposent sur la position morale selon laquelle chaque individu a le droit de s'épanouir, et l'absence de santé restreint ses possibilités d'épanouissement.

Par ailleurs, que signifie égalité d'accès aux soins ? À l'instar de Schneider-Bunner, nous mettrons en relief les deux principales interprétations de l'exigence de l'égalité d'accès aux soins : l'égalité d'accès au sens de possibilités de consommation et l'égalité d'accès au sens de

13. En outre, comme l'OMS le souligne dans le programme de la « Santé pour tous », une politique de santé aspirant à une plus grande égalité d'état de santé – on devrait dire à une réduction des inégalités d'état de santé – englobe un vaste domaine, qui va d'une alimentation saine, appropriée et suffisante, à des conditions de logement et de travail correctes, en passant par une éducation sanitaire minimale, et évidemment par des soins de santé de qualité.

possibilités de traitement ou d'utilisation¹⁴. Au sens de possibilité de consommation, l'égalité d'accès présume que les individus devraient avoir la même possibilité d'acquérir des soins (prix, distance, temps d'attente équivalent), que le système de soins devrait être organisé de telle façon qu'il n'y ait pas d'obstacle pour quiconque dans l'acquisition des soins¹⁵. L'atteinte de cet objectif requiert la subvention de la consommation de soins médicaux des plus pauvres, en diminuant adéquatement le prix des soins, en réduisant les distances de fourniture, en respectant l'intégrité et l'estime de soi des bénéficiaires. Cette égalité conséquentialiste réduirait le sacrifice des plus pauvres, mais ne l'éliminerait pas pour autant ; les inégalités de niveau de vie ne seraient pas non plus évitées, la propriété privée serait préservée. Pour protéger le pauvre du sacrifice, deux solutions seraient envisageables : la première consiste à égaliser les contraintes de budget, ce qui revient à réaliser l'égalité d'accès à tous les biens ; la seconde à assurer seulement la gratuité des biens importants. L'OMS n'appliquerait ni l'une, ni l'autre. Peut-être est-ce parce que ça lui est tout simplement impossible. Le critère d'égalité d'accès qu'elle défend n'implique pas une égalité, même procédurale, de soins et de services disponibles ou utilisés.

Au sens d'égalité de traitement, l'égalité d'accès suppose la distribution des soins selon les besoins : les individus devraient bénéficier de soins identiques s'ils ont les mêmes besoins, indépendamment de leurs caractéristiques personnelles (âge, sexe, revenu, etc.), indépendamment de données structurelles (localisation des professionnels de santé). Ce principe d'utilisation comporte deux dimensions : une dimension d'équité horizontale (de justice commutative) en vertu de laquelle des personnes égales dans le besoin doivent être traitées également ; et une dimension d'équité verticale (de justice distributive) qui accorde davantage à celles dont les besoins sont supérieurs et qui traitent différemment des personnes dont les besoins sont différents.

14. L'accès suppose la disponibilité des occasions et par conséquent relève de la responsabilité du secteur de « l'offre ». L'utilisation des services, en revanche, relèverait du secteur de la « demande ».

15. Pour corriger les défauts d'une égalité d'accès qui ne concerne que l'offre (la disponibilité des soins), il faudrait, selon un tout autre point de vue égalitariste, non seulement égaliser la possibilité d'accès aux soins, mais aussi l'exercice de cette possibilité. Il faudrait appliquer l'égalité à la consommation de soins plutôt qu'à l'accès aux soins. Évidemment, cela ne revient pas à distribuer un volume de soins égal à tous : l'égalité de consommation s'applique nécessairement en relation avec la notion de besoin.

La conception que l'OMS se fait de la justice sociale présente donc de nombreuses similitudes avec la théorie rawlsienne de la justice¹⁶, précisément en son deuxième principe qui affirme, entre autres, que les actions visant les inégalités doivent être à l'avantage des membres les plus défavorisés de la société. Depuis la *Déclaration d'Alma-Ata*, l'OMS n'a eu de cesse, en effet, de recommander la réduction des inégalités de santé entre les différents peuples de la terre, et ce, en vue de permettre à tous de vivre une vie socialement et économiquement productive. S'agit-il là d'une garantie à tous de la même chance d'occuper des fonctions et des positions auxquelles sont rattachées de justes inégalités sociales et économiques ? Dans la *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, l'OMS aborde la santé à la fois comme un résultat et comme une ressource. En témoignent, notamment, ses recommandations qui visent autant à compenser les inégalités de santé liées aux contraintes de ressources qu'à empêcher que ces inégalités de conditions entraînent une inégalité des chances.

Le critère d'équité résultant de cette conception de la santé est tel que les institutions de santé de base doivent permettre à chacun d'accéder au moins à un minimum de soins. « Le niveau de ce minimum est constitué des services nécessaires pour maintenir, restaurer ou compenser la perte de fonctionnement normal. Le système de santé doit donc satisfaire en priorité les besoins de santé qui ont un impact important sur l'éventail des opportunités » (Schneider-Bunner, 1997 : 129). Pour garantir à tous une liberté réelle maximale (un éventail d'opportunités le plus large possible), il faut aussi assurer à chacun un niveau de vie acceptable grâce à une redistribution inconditionnelle sous forme d'allocation universelle, c'est-à-dire un égal accès à un niveau minimum de soins (Van Parijs, 1994 ; Daniels, 1985 ; Schneider-Bunner, 1997). L'OMS appelle ce minimum : les « soins de santé primaires ». Elle veille en effet à ce que tous les systèmes de santé soient basés sur ces soins¹⁷ et travaille à ce qu'ils soient accessibles à tous, et ce, dans tous les pays.

16. L'une des thèses de Rawls consiste à affirmer qu'une société juste aspire à l'équité plutôt qu'à l'égalité, l'inégalité étant non seulement juste et souhaitable, mais essentielle au fonctionnement d'une société juste. Ainsi, la notion de justice sociale ne serait pas incompatible avec celle d'inégalité.

17. Pour l'OMS : « L'acceptation des soins de santé primaires implique donc que le reste du système sanitaire soit organisé de manière à les soutenir et à favoriser leur développement ultérieur. Cela signifie que le système de santé dans son ensemble devra accepter l'objectif social d'assurer à tout le monde des soins de santé essentiels... » (OMS, 1978 : parag. 12).

De la sorte, des soins spécialisés ne sont fournis « en prolongement » qu'au besoin, et, pourrions-nous ajouter, si les ressources le permettent.

Il devient alors évident que la mission de l'OMS n'est pas d'éliminer toutes les inégalités ; elle fait même la promotion de celles qui sont favorables aux démunis. Non seulement plaide-t-elle en faveur d'une réduction des inégalités – et non d'une égalité – dans la situation sanitaire des peuples, mais elle recommande aussi des mesures inégales à l'avantage des plus défavorisés aux deux échelles, nationale et mondiale. De plus, elle ne recommande pas d'appliquer les principes de justice directement à la répartition des soins et services de santé, mais plutôt d'orienter l'organisation du système de santé en faveur des plus défavorisés. Mais qui sont les plus défavorisés ? En prenant un raccourci, on peut dire que l'OMS considère comme étant plus défavorisées les personnes qui disposent de peu de ressources internes (santé dégradée, faible capacité à tirer bénéfice des soins) et de peu de ressources externes (accès limité aux soins, faible revenu, faible scolarisation). Il s'agit donc des plus malades et des plus pauvres, soit deux catégories non exclusives. Comment la conception de la justice sociale de l'OMS se traduit-elle auprès de ces deux populations ?

La priorité aux plus malades

Les principes de justice peuvent être appliqués de deux façons, soit aux *finalités*, à savoir les résultats de santé ; soit aux *moyens*, à savoir les soins et de façon plus globale le système de soins et services. Or, l'analyse et la compréhension que nous avons du corpus étudié donne à penser que l'OMS privilégie, dans son approche de la justice sociale, autant les finalités (la santé) que les moyens (les soins et services). C'est du moins ce que laisse entendre le bureau exécutif de l'Organisation lorsqu'il affirme qu'atteindre « ...les objectifs liés à la santé revient à améliorer l'état de santé moyen de la population. De plus, la mauvaise santé affectant de façon disproportionnée certaines couches ou certains groupes de la société, il est également important de réduire les inégalités au plan de la santé » (OMS, 1999b : 4).

Il convient d'ajouter qu'au-delà de l'attention portée par l'OMS à tout ce qui concerne les systèmes de soins, la réduction des inégalités (sociales) fait aussi intégralement partie des moyens qu'elle voudrait se donner pour obtenir les résultats de santé escomptés. Faut-il pour autant

en déduire une volonté réelle d'égalité des états de santé¹⁸ ? Ne s'agirait-il pas, plus simplement, d'une volonté d'égalité quant au droit à la santé qui aura vite fait de se transformer en mesures de réduction des inégalités ?

L'OMS recommande d'augmenter les ressources du secteur de la santé, de diminuer les coûts en augmentant les gains d'efficacité et d'améliorer l'accès aux soins : autant de moyens, en somme, au service d'une réduction des inégalités de santé. Jamais, cependant, elle ne postule explicitement une égalité absolue d'état de santé entre tous les individus. Serait-ce parce que cela est rendu impossible par l'aléa même des risques médicaux ? On peut toutefois se demander si c'est à l'impossibilité d'une parfaite égalité de santé qu'il faut attribuer la réduction de ses ambitions égalitaristes au profit d'une conception « holiste » de la santé à l'intérieur de laquelle on juge les inégalités interindividuelles acceptables, dans la mesure où l'égalité entre groupes sociaux et à l'intérieur des groupes (âge-sexe) serait respectée. Quoi qu'il en soit, il semble que l'incapacité à redistribuer également la santé a conduit l'OMS à se rabattre sur une version négative et pragmatique de son idéal égalitariste, lequel s'objective par un effort de réduction des inégalités d'état de santé.

Ce glissement dans les objectifs de l'OMS (c'est-à-dire d'un idéal de santé pour tous vers la réduction des inégalités de santé) nous suggère que les moyens de l'OMS restreignent sa conception de la justice à une égalité quant au droit à la santé plutôt qu'au résultat de santé lui-même. Cette option choisie par l'OMS viendrait donc tempérer la perspective utilitariste¹⁹ visant une maximisation de la santé pour tous en misant

18. Que signifierait cette volonté réelle d'égalité de santé ? Que tous les habitants de la terre aient la même espérance de vie à la naissance ? Qu'ils atteignent tous le niveau de santé actuel des plus riches d'aujourd'hui ? Qu'ils aient tous le même standard de vie ?

19. La conception de la justice sociale de l'OMS n'a cependant pas rompu avec toutes les préoccupations utilitaristes. Ne continue-t-elle pas de chercher à améliorer l'état de santé moyen de la population mondiale ? N'applique-t-elle pas à la santé la maxime utilitariste « le plus grand bien au plus grand nombre » ? Ne postule-t-elle pas l'idée selon laquelle les individus ont un grand intérêt à voir la santé totale maximisée, autrement dit, à voir l'utilité individuelle comme une fonction de son propre état de santé et de l'état de santé des autres ? Depuis sa constitution, l'OMS a affirmé la démocratisation du risque : « l'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies est un péril pour tous » (OMS, 1947 : 2 ; 2006 : 2). Il est évident que cette prise en compte de la santé des autres dans la fonction d'utilité d'un individu ne repose guère sur des raisons altruistes puisqu'elle attend quelque conséquence directe sur sa propre santé ; elle est surtout mue par des motivations égoïstes, plus précisément par la crainte

principalement sur l'efficacité et les résultats. L'OMS propose une solution intermédiaire entre l'égalité d'état de santé et l'amélioration de la santé. Elle préconise une « répartition équitable des ressources pour la santé » de manière à rendre universellement accessibles les soins de santé primaires et leurs services d'appui. (OMS, 1981a)

Nulle part, l'Organisation ne revendique que tous aient les mêmes possibilités d'accès aux soins²⁰. Pour cette raison, sans doute, elle ne préconise pas non plus d'égaliser les contraintes de budget à l'échelle mondiale afin que soit réalisée une égalité d'accès à tous les biens, pas plus d'ailleurs qu'elle ne préconise la gratuité des biens publics, voire l'égalité des possibilités d'accès aux soins²¹. L'OMS ne recommande pas davantage l'égalité de consommation des services de santé, ni même l'exercice de cette possibilité (Olsen et Rogers, 1991 ; Mooney, 1992 ; Culyer et Wagstaff, 1993 ; Schneider-Bunner, 1997). Elle prône la distribution des soins selon les besoins. Elle ne suggère pas en cela que tous, s'ils ont les mêmes besoins, doivent pouvoir bénéficier de soins identiques, indépendamment de leurs caractéristiques personnelles (âge, sexe, revenu, etc.) et de leur environnement (localisation, disponibilité des ressources). Ce qui est suggéré par l'OMS se saisit plutôt à travers les réalités régissant l'égalité de traitement. Ainsi, au niveau national, elle recommande une *équité horizontale* (justice commutative) et une *équité verticale* (justice distributive). La première suppose que des personnes égales dans le besoin doivent être traitées également tandis que la seconde renvoie au fait d'accorder davantage à ceux dont les besoins

de voir sa santé affectée par la maladie des autres. L'incapacité à filtrer, voire à refouler la circulation de certaines maladies (SRAS, grippe aviaire, SIDA, etc.), a conduit l'humanité sur le chemin de la globalisation épidémiologique et du risque corollaire.

20. Peut-être est-ce parce que cela lui semble de toute évidence impossible ; tous n'ont évidemment pas la même capacité de payer ou de se déplacer par les mêmes moyens de transport, en parcourant les mêmes distances et en affrontant les mêmes obstacles.
21. L'accessibilité que l'OMS réclame pour tout le monde implique « la fourniture continue et organisée de soins qui soient géographiquement, financièrement, culturellement et fonctionnellement à la portée de la communauté tout entière. Les soins doivent répondre quantitativement et qualitativement aux besoins de santé essentiels des gens et doivent être assurés par des méthodes qui leur soient acceptables. L'accessibilité géographique signifie que la distance à parcourir, les temps de déplacement et les moyens de transport soient acceptables pour tous les usagers. L'accessibilité financière signifie que, quelles que soient les modalités de paiement, les services soient abordables à la communauté et au pays. L'accessibilité culturelle signifie que les méthodes techniques et gestionnaires utilisées soient compatibles avec les caractéristiques culturelles de la communauté. L'accessibilité fonctionnelle signifie que les soins de la sorte requis soient à tout moment accessibles à ceux qui en ont besoin et qu'ils soient dispensés par l'équipe de santé qu'il faut pour les assurer correctement. » (OMS, *Déclaration d'Alma-Ata*, 1978 : p. 65, paragr. 68-69).

sont plus grands et à les traiter différemment. Sur le plan international cependant, et pour tous les soins de santé qui ne sont pas compris dans les soins de santé primaires, le critère d'égalité de traitement, incluant les principes d'équité horizontale et verticale, n'est jamais recommandé. Autant dire que la pertinence de l'égalité de traitement ou d'utilisation ne vaudrait qu'à l'échelle nationale²² tandis qu'à l'échelle internationale, c'est le *statu quo* qui existerait.

La priorité aux plus pauvres

Outre les malades, la perspective de justice sociale de l'OMS tient également compte des pauvres²³, car, dit-elle, un système de santé ne peut ignorer l'influence complexe des ressources externes sur l'acquisition des soins. Nous nous proposons de discuter ici la manière dont se déploie cette préoccupation de justice sociale envers les plus pauvres en reprenant encore une fois le discours de l'OMS pour analyser ses politiques et programmes.

Parce que le domaine de la santé entretient des liens étroits et complexes avec le secteur socioéconomique, l'OMS fait de l'amélioration de la santé à la fois la résultante du développement socioéconomique, et un investissement indispensable à un tel développement. La réalisation des objectifs de santé est pour ainsi dire subordonnée à des politiques qui ne relèvent pas directement du domaine de la santé. C'est pourquoi, ses activités s'étendent au-delà de la prestation des services collectifs et individuels de santé, et englobe tous les aspects de la politique publique qui ont une incidence sur la santé des personnes²⁴ (OMS, 2000). Tel qu'il est souligné dans la « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 », une politique qui tend à une plus grande égalité de santé occupe un vaste domaine qui va d'une alimentation saine, appropriée et suffisante, à des conditions de logement et de travail adéquates, en passant par une éducation sanitaire minimale, et évidem-

22. Encore là, dans certains contextes nationaux, il n'en est rien.

23. D'après l'OMS : « même si l'accès universel aux prestations de santé était garanti, cela ne serait sans doute pas suffisant en soi. [...] Il faudra donc choisir une approche associant des investissements en faveur de la santé en général et des investissements plus focalisés en faveur des systèmes de santé » (OMS, 1999c : 4, paragr. 14). Dans de nombreux pays, par exemple, la priorité des priorités du système de santé est la lutte contre la misère.

24. Il convient toutefois de souligner que toutes les priorités et les six domaines d'activités de l'OMS relèvent du domaine de la santé.

ment des soins de santé de qualité. L'OMS y affirme son ferme engagement à ce que :

1. Dans tous les pays, chaque individu ait au moins aisément accès aux soins de santé essentiels et aux services du premier échelon de recours [c'est-à-dire aux soins de santé primaires] ;
2. Tous les individus aient accès à un approvisionnement en eau de boisson saine et à des moyens d'assainissement ;
3. Tous les habitants du monde soient nourris de manière adéquate ;
4. Tous les enfants soient vaccinés contre les grandes maladies infectieuses de l'enfance ;
5. Tous les moyens possibles soient mis en œuvre pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles et pour promouvoir la santé mentale par la modification du mode de vie et le contrôle de l'environnement physique et psychosocial ;
6. Des médicaments essentiels soient disponibles pour tous (OMS, 1981a : 53).

L'ensemble de ces préoccupations explique pourquoi les soins de santé primaires ne se réduisent pas, pour l'OMS, au seul traitement des malades ou à une extension des services de base. Les soins de santé primaires intègrent aussi un lot d'activités et de services essentiels au quotidien des individus et des collectivités : l'éducation à la santé, la promotion de bonnes conditions et de bons comportements alimentaires et nutritionnels, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la contraception, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels.

Outre son ouverture à l'ensemble des champs d'activités ayant une incidence sur la santé, les aspirations de justice sociale de l'OMS en faveur des plus pauvres s'expriment aussi par l'appel fait aux systèmes de santé à les prémunir contre les coûts financiers de la maladie. L'OMS préconise en effet d'étendre en leur faveur l'application des dispositifs de prépaiements. D'après elle, ceux-ci répartiraient le risque financier de la maladie et éloigneraient le spectre des dépenses de santé ruineuses (OMS, 1981a).

Il va de soi que le but premier des systèmes de santé est l'amélioration et la protection de la santé, mais ils répondent à d'autres préoccupations, notamment l'équité du financement des soins de santé et la satisfaction des attentes des patients concernant leur prise en charge. (OMS, 2000 : 2.)

L'équité de financement dont il est ici question n'est pas équivalente à la gratuité des soins et services de santé. Afin d'éviter des dépenses de santé onéreuses, ou encore que les individus ou les ménages les plus pauvres aient à consentir plus de sacrifices que les riches pour leurs dépenses de santé, l'OMS préconise une prise en charge équitable du financement du système de santé au niveau national. Cette équité du partage des risques n'est pas à confondre avec une égalité des contributions, indépendamment du niveau de revenu ou de richesse. Elle renvoie plutôt à une mise en commun des risques entre individus malades et individus en bonne santé ainsi qu'au partage des risques entre les groupes de différents niveaux de revenu et de richesse, et ce, de telle manière que ceux qui possèdent davantage donnent une contribution supérieure. En somme, le système de financement équitable proposé par l'OMS vise à prévenir²⁵ l'appauvrissement d'une personne qui tombe malade, et qui doit supporter le double fardeau de la maladie et du coût financier de ses soins de santé (OMS, 1999b : 21).

On doit remarquer, à l'instar de l'OMS, que les gens qui sont généralement privés de services tels que l'électricité, l'eau potable, l'assainissement de base, l'éducation, l'information sont également ceux qui sont les plus exposés à la maladie : l'exclusion sanitaire n'étant qu'une des formes de leur exclusion plus ou moins généralisée. Le cercle vicieux (de l'exclusion sanitaire) entre donc « ...en relation avec d'autres cercles vicieux comme le manque d'accès aux services de base, les maladies, les difficultés au travail ou le décrochage scolaire ; ou celui de la délinquance, de l'impossibilité de trouver un emploi, de la récidive et de la marginalité. Ce qui aggrave et perpétue la situation d'exclusion en santé » (OPS, 2002 : 5).

Nous venons de voir quelle conception l'OMS se fait de la justice sociale ainsi que les moyens qu'elle entend déployer ou qui sont à déployer pour aplanir les inégalités et contrer l'exclusion qu'elle observe. Il convient maintenant de se demander quels résultats ont, à ce jour,

25. Les résultats des travaux récents sur le système de partage des coûts tendraient à montrer que cette mesure n'améliore pas toujours significativement le niveau de consommation des soins des plus pauvres.

été atteints par sa perspective de la justice sociale et les actions qui en ont découlé ?

LE BILAN DES POLITIQUES DE L'OMS À LA LUMIÈRE DE L'EXCLUSION SOCIALE

Des résultats mitigés

Après plusieurs décennies d'application de la *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000* axée sur les soins de santé primaires, force est de constater que l'OMS n'est pas parvenue à endiguer tous les processus d'exclusion. Son bureau de direction s'est vu contraint d'admettre que certaines des initiatives gouvernementales qu'elle a prescrites se sont finalement soldées par un échec et que, somme toute, nous sommes encore très loin de la réduction des inégalités prônées et de l'actualisation d'un niveau de santé jugé acceptable à travers le monde (OMS, 1947). En 2004, le *Population Reference Bureau* a dû reconnaître que les inégalités en matière de santé demeurent non seulement persistantes, mais qu'elles se sont aggravées dans bien des cas. Cela est vrai des inégalités entre pays, et à l'intérieur des pays, entre riches et pauvres et entre les pauvres et les plus pauvres²⁶.

La même observation peut être faite en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. Les pauvres des pays pauvres ont ordinairement moins d'accès aux technologies médicales et aux soins de qualité que

26. Les exemples suivants illustrent bien la polarisation extrême entre les pays et, au sein d'entre eux, entre les groupes sociaux qui les composent. En Sierra Leone, notamment, la mortalité infantile en 2004 est de 316 pour 1000 naissances vivantes comparativement à 3 en Islande. L'espérance de vie à la naissance y est de 34 ans par rapport à 81,9 ans au Japon (OMS, 2004a). En 2003, la probabilité de décès chez les hommes âgés de 15 à 60 ans était de 90,2 % au Lesotho contre 46,4 % en Russie et 8,3 % en Suède (OMS, 2003a). En Éthiopie, toujours en 2003, seulement 6 % des naissances ont lieu en présence d'un personnel qualifié, comparativement à 12 % au Bangladesh et à 100 % en Suède. Les mêmes observations peuvent être faites mais cette fois à l'intérieur des pays dits « avancés ». Par exemple, aux États-Unis et dans les pays européens, les pauvres meurent toujours plus tôt que les mieux nantis. Toujours aux États-Unis, l'écart entre l'espérance de vie du groupe le plus avantagé et le plus désavantagé est de 20 ans (Murray et coll., 1998). En Angleterre et au Pays de Galles, on observe un écart de 7,4 ans d'espérance de vie entre les hommes de professions libérales et les travailleurs manuels non qualifiés (Donkin et coll., 2002). En 1991, comparés aux Allochtones, les Autochtones du Québec ont un taux de mortalité due aux maladies infectieuses et parasitaires de 2 à 10 fois supérieur. Le taux de suicide y est 3 fois plus important et le taux de mortalité infantile 3 fois et demie plus élevé que chez les Allochtones (Desbiens, 1993 : 9-11). En Australie, de 1999 à 2001, l'espérance de vie des populations autochtones et des populations des îles du détroit de Torres est inférieure de 20 ans à la moyenne nationale (ATSC, 2003).

ceux des pays à revenu élevé. Par exemple, « en moyenne, les enfants des quintiles les plus riches sont deux fois plus susceptibles d'avoir été complètement vaccinés que les enfants des quintiles les plus pauvres » (Ashford, 2004 : 2). Il en est de même pour le recours aux services médicaux à l'accouchement : l'écart entre riches et pauvres est également prononcé quant à l'usage des méthodes modernes de contraception. Bref, « en général, les plus démunis se trouvent en situation désavantagée au niveau (sic) de tous les déterminants de la santé. Ils sont plus vulnérables aux problèmes de santé et à la maladie en raison de leur manque de ressources financières, de leur connaissance limitée des questions de santé et de leur recours peu fréquent aux services médicaux » (Ashford, 2004 : 2).

Certes, des contingences sont susceptibles d'expliquer les limites d'accès aux soins (par exemple, la capacité locale de développement des systèmes de soins), mais pour l'essentiel, ces dernières tiennent à des facteurs structurels : les modalités de dépenses de santé, l'organisation des systèmes de soins et la spécialisation de leurs fonctions, l'absence de recherche médicale, l'accès limité à la technologie et à l'information sans oublier les médicaments modernes qui demeurent hors de portée. Sur la base de ces constats, peut-on encore s'étonner du fait que partout à travers le monde les plus pauvres soient tous susceptibles de mourir plus jeunes et de vivre plus malades ou avec plus d'incapacité que les mieux nantis ?

Au sein des pays, les inégalités dans le domaine de la santé sont omniprésentes. Même dans les pays les plus avancés, tels que les États-Unis ou les pays européens, les pauvres meurent plus tôt que les mieux nantis. Cependant, les problèmes de santé responsables de la majeure partie de ce fossé mondial dans le domaine de la santé [...] se concentrent essentiellement dans les groupes les plus pauvres des pays les plus démunis. [...]

Une étude portant sur sept pays africains a révélé que, dans tous les pays, le quintile le plus pauvre de la population recevait moins d'un cinquième des dépenses publiques pour les traitements curatifs. Dans le cas des services de santé primaires, tels que ceux fournis dans les cliniques et les dispensaires les plus élémentaires, les groupes les plus pauvres bénéficiaient de moins de services que les groupes plus aisés dans cinq des sept pays étudiés. (Ashford, 2004 : 1 et 3.)

Par conséquent, même dans les pays où les gouvernements ont encouragé la prestation universelle et gratuite de services de santé, les groupes les plus pauvres et les plus démunis bénéficient aussi de moins de soins et de soins de moindre qualité que les plus riches. À un état de santé défavorable et à un moins bon accès aux soins, s'ajoute par ailleurs

le désavantage de la pauvreté sur le plan de l'éducation, de l'écosystème et de la géographie.

Dans ses derniers rapports basés sur les tendances sanitaires mondiales des 50 dernières années, l'OMS constate certes des progrès remarquables dans la réduction des inégalités de santé²⁷, mais elle déplore également le retard accumulé à son agenda au regard des risques que les progrès de la médecine, les innovations médicales et scientifiques et le développement socioéconomique ne reculent devant les catastrophes sanitaires. La marche triomphante du progrès pourrait bien laisser derrière elle les laissés-pour-compte, des centaines de millions d'hommes, de femmes et d'enfants croupissant toujours sous les charges de la misère la plus horrible. Hélas, même le resserrement statistique des écarts de santé entre pauvres et riches élude quelques fois des disparités choquantes entre différents groupes sociaux²⁸. Le processus de polarisation du monde et des groupes, s'il n'est pas corrigé convenablement, continuera d'exclure encore un grand nombre d'habitants de la planète.

Les réflexions de l'OMS sur les limites de sa politique « Santé pour tous »

À la suite de ces constats alarmants, l'OMS s'est engagée dans les dernières années, à rechercher une explication au maintien et, dans certains cas, à l'amplification, de l'exclusion sanitaire en dépit des programmes et des actions qu'elle a déployés. Voici comment elle analyse la situation.

Pour l'OMS, l'exclusion sanitaire prend souvent la forme d'un cumul de ruptures pouvant mener jusqu'à la mort : « Lorsqu'une femme

-
27. Citons parmi ces progrès, le recul progressif d'importantes maladies infectieuses, comme la poliomyélite, la lèpre, la dracunculose, la maladie de Chagas et l'onchocercose, obtenu grâce aux incidences du développement socioéconomique sur les conditions de vie des individus (les plus pauvres notamment), à une meilleure disponibilité de l'eau potable, à l'amélioration de l'hygiène individuelle et des dispositifs d'assainissement... Des progrès tout aussi spectaculaires ont été enregistrés dans la mise au point de vaccins et de médicaments ; dans l'étude, le diagnostic et le traitement des maladies, ainsi que dans la réadaptation et la lutte contre les incapacités. Malheureusement, ces progrès restent nuls ou imperceptibles pour de nombreuses personnes affectées par les décès prématurés, la mortalité infantile, la faible espérance de vie.
 28. Soulignons que la mesure des progrès en matière de santé des pauvres retient les critères d'âge et de sexesécificité qui, sans manquer de pertinence, renseignent peu sur la stratification sociale intrinsèque au mode de production et de redistribution de la richesse.

meurt en donnant la vie à un enfant, c'est généralement à la suite d'une série de ruptures des interactions avec le système de santé : retard à se faire soigner, impossibilité de suivre les conseils du médecin et, enfin, incapacité du système de santé à offrir des soins de qualité ou en temps voulu. » (OMS, 2005a : 25). Même dans la mort, l'exclusion poursuit son cours dans le type de traitement et le respect, par exemple, qui seront accordés au corps du défunt ainsi que dans les retombées financières de son inhumation...

Cette exclusion sanitaire se traduit à la fois par l'inaccessibilité des services de santé et par le type ou la qualité des services accessibles. Aussi, l'OMS distingue-t-elle deux facteurs principaux d'exclusion sanitaire : d'une part, les obstacles à l'utilisation des services de santé et, d'autre part, l'absence de services disponibles. Elle regroupe aussi ces facteurs d'exclusion en deux grandes catégories : ceux qui sont extérieurs au fonctionnement des systèmes de santé et ceux qui leur sont inhérents.

Les facteurs externes comprennent l'isolement géographique, les obstacles dressés par la pauvreté, l'appartenance ethnique, la langue, la culture, etc. Ils sont souvent conjugués au chômage ou à un emploi dans le secteur non officiel. Ici, le facteur le plus déterminant demeure toutefois le coût des soins, en ce sens qu'il exerce une pression dissuasive sur l'utilisation des services. Les facteurs internes d'exclusion sanitaire, en revanche, concernent le mode de fonctionnement du système de santé. Nombreux sont ceux qui se voient privés des services auxquels ils ont droit « à cause de l'incapacité du système de santé à assurer les services voulus, aux personnes voulues et de manière voulue » (OMS, 2005a : 31).

Dans tous ces cas d'exclusion sanitaire, l'organisation des systèmes de santé n'est pas neutre ; elle en constitue même un élément déterminant. Si elle est segmentée ou si plusieurs entités non intégrées coexistent à l'intérieur d'un même sous-système, elle finit par produire et approfondir des inégalités d'accès et de financement et une répartition inefficace des ressources. Si elle est basée sur le paiement direct partiel ou total des prestations de soins ou d'achat de médicaments, elle introduit un haut degré d'inégalités dans le système. Enfin, une gestion timide ou peu développée semble l'empêcher d'établir des règles justes pour l'utilisateur et le fournisseur de services.

Selon le bureau régional de l'Organisation Panaméricaine de Santé, l'exclusion sanitaire est en effet associée à l'une ou à toutes les causes suivantes :

- Déficit d'infrastructure adéquate, en matière de fourniture de soins de santé individuelle ou collective (c'est-à-dire absence d'établissements de santé, couverture fonctionnelle de programmes de santé publique insuffisante) ;
- Existence d'obstacles qui empêchent l'accès aux soins de santé, même en présence d'une infrastructure adéquate. Ces obstacles peuvent être géographiques (transport, routes), économiques (incapacité de financer les soins de santé) ou culturels (modèles de soins inappropriés). Ils peuvent aussi être issus de la situation contractuelle ou d'emploi (chômage, travail au noir), ou de la structure des systèmes (les systèmes fortement segmentés révèlent les plus hauts degrés d'exclusion), ou du manque de modèles de soins fondés sur une approche inter-culturelle (OPS, 2002 : 8).

De ce point de vue, la pauvreté apparaît comme l'une des causes les plus importantes de l'exclusion en santé. En l'absence de systèmes de protection sociale, non seulement elle réduit l'accès à des services de soins coûteux, mais elle expose aussi les gens à vivre et à travailler dans des environnements où les risques de maladie et de mort sont plus élevés. « Ces risques sont directement liés [...] à une faible disponibilité et qualité des aliments, et à l'absence de logement adéquat qui se traduit par la promiscuité et le manque d'espaces et de loisir » (OPS, 2002 : 5), à l'inapplication des règles d'hygiène élémentaires, bref à un environnement malsain. De plus, les maladies et lésions corollaires ont des coûts directs (en prévention et en traitement) et des coûts indirects (perte de journées de travail ou d'école), lesquels varient en fonction de la durée et de la gravité de l'incapacité et souvent aggravent la condition de pauvreté (OPS, 2002 : 5). La pauvreté entretient donc le cercle vicieux de l'exclusion : famille pauvre, éducation non terminée, chômage... De surcroît, ces ruptures et défaillances risquent le plus souvent de survenir et de se conjuguer de façon catastrophique lorsque le contexte macro-économique et social se dégrade.

L'OMS retiendra cependant que, dans de nombreux pays, l'exclusion sanitaire est liée aux inégalités socioéconomiques et se présente comme le signe d'une fracture croissante à l'intérieur des sociétés. Cette exclusion est plus ou moins marquée, plus ou moins généralisée, selon

les régions d'un même pays ainsi que d'un pays à l'autre. Tous les pays se trouvent en quelque sorte sur un continuum qui s'étendrait de la privation massive à la marginalisation. À un extrême, il y aurait les pays les plus pauvres où une grande partie de la population, y compris les gens aisés, serait privée de soins ; seule une infime minorité aurait accès à une gamme élevée de prestations – ce qui donne un schéma de privation massive. À l'autre extrême se trouvent les pays où une grande partie de la population aurait largement accès à des prestations, mais où une minorité en serait exclue : on se trouve ici en présence d'un schéma de marginalisation. Entre la privation massive (propre aux pays ayant de graves problèmes d'offre de services et un réseau de soins de faible densité) et la marginalisation (caractéristique des pays ayant un réseau de soins dense), il y a ceux où les pauvres doivent se mettre dans la file derrière les nantis, afin de pouvoir accéder aux services de santé et dans l'espoir que les prestations parviendront jusqu'à eux. Ainsi :

À mesure que les pays passent du schéma de privation massive à celui de marginalisation, le fossé entre riches et pauvres au niveau de la couverture et de l'utilisation des services ne cesse de se creuser, et la tendance ne s'inverse que lorsque les courbes s'aplatissent au moment où l'accès universel est sur le point d'être atteint. Sauf si des mesures particulières sont prises pour améliorer la couverture et encourager simultanément l'utilisation des services dans tous les groupes, l'amélioration de la couverture dans l'ensemble de la population passera par une phase d'inégalité croissante (OMS, 2005a : 32-33).

C'est peut-être la raison pour laquelle, selon l'OMS, les enjeux relatifs à la politique publique diffèrent entre les pays qui sont sur le point d'assurer l'accès universel aux services et ceux où l'exclusion sanitaire est encore très répandue. Pour les premiers, l'exclusion se limite à un petit groupe marginalisé : comme leur système de santé est généralement bien développé, il s'agit de s'attaquer aux facteurs d'exclusion sociale, c'est-à-dire d'« éliminer les obstacles à l'utilisation des soins, répondre de façon appropriée aux besoins et offrir une protection financière contre les conséquences de la maladie et des traitements » (OMS, 2005a : 34). En revanche, dans les pays présentant un schéma d'exclusion massive, l'enjeu principal est « de mettre en place et de développer des services de soins de santé primaires qui permettront de prendre en charge les mères, les nouveau-nés et les enfants » (OMS, 2005a : 34).

NOTRE ANALYSE : LES REVERS DES EFFORTS DE L'OMS POUR RÉDUIRE L'EXCLUSION SOCIALE DANS LE MONDE

Les lacunes de la politique « Santé pour tous »

Un quart de siècle de promotion et de mise en œuvre de la politique mondiale « Santé pour tous » axée sur les soins de santé primaires n'a pas su résorber les inégalités de santé de même que les exclusions sanitaires et sociales qui leur sont souvent inhérentes²⁹. Nous allons tenter ici d'en fournir une explication complémentaire.

L'objectif de l'OMS n'était pas tant d'éradiquer les structures d'exclusion sociale à la source de la pauvreté, des inégalités sociales en général et des disparités de santé (mortalité, morbidité, incapacités), que de réduire leurs effets à un niveau tolérable³⁰. Des résultats de la politique, on peut dégager trois scénarios explicatifs³¹ :

1. Premier scénario (optimiste) : dans le meilleur des cas, l'OMS serait parvenue à maintenir le *statu quo* touchant les causes de

-
29. On pourrait bien sûr nous objecter que les soins de santé primaires n'ont pas vraiment été appliqués dans les règles de l'art dans les pays aux conditions de santé les plus catastrophiques. Nous rétorquerions que même dans les pays industrialisés comme les États-Unis, le Royaume-Uni, voire le Canada, où les soins de santé primaires ont été promus et mis en œuvre, les inégalités de santé, la pauvreté et l'exclusion continuent d'exister. Peut-être serait-ce parce que les soins de santé primaires, à eux seuls, ne peuvent contrer l'exclusion. Par ailleurs, nous sommes pleinement conscients du fait que la santé mondiale n'est pas exclusivement la chasse gardée de l'OMS et qu'on ne saurait lui imputer l'entière responsabilité de la situation sanitaire mondiale. D'autres acteurs, comme la Banque mondiale, à en juger par l'énorme budget qu'ils y consacrent, se sont avérés de plus en plus importants dans ce domaine. Toutefois, si nous restons dans la sphère de compétence de l'OMS, nous sommes en droit de lui imputer la responsabilité des écarts entre les objectifs et cibles de ses politiques et les résultats obtenus. Non que d'autres acteurs ne soient en cause, mais elle demeure le premier répondant des résultats de ses politiques et programmes.
 30. Nous soutenons qu'il en est ainsi principalement parce que l'OMS n'a pas les moyens d'atteindre un tel but. Outre ses contraintes budgétaires, elle n'est pas pourvue du pouvoir discrétionnaire et coercitif nécessaire pour un tel dessein. Il est presque inimaginable d'envisager par exemple que l'OMS puisse s'attaquer à l'ordre mondial actuel, à l'empire du marché et de la loi de la concurrence. Cela ne fait pas partie de ses attributions. Elle a d'ailleurs été créée pour panser les blessures, réparer les désastres de cet ordre mondial (capitalisme monopoliste).
 31. Ces scénarios ont été construits suivant un modèle typologique élaboré à partir, d'une part, de l'objet des politiques de l'OMS, à savoir les causes ou les effets de l'exclusion sanitaire, et d'autre part du résultat obtenu, en l'occurrence le succès ou l'échec de la politique. Des quatre possibilités du croisement 2X2 de ce modèle, nous n'en avons retenu, à la lumière de notre corpus (notamment la documentation sur la pérennité des causes d'exclusion sanitaire) que deux : un scénario optimiste et un scénario pessimiste. Le scénario pessimiste s'est pour sa part décliné en deux possibilités : l'une modérée et l'autre radicale.

l'exclusion en amortissant, dans certains secteurs et par l'intermédiaire de sa politique « Santé pour tous », l'intensité de leurs effets. Elle aurait pour ainsi dire contribué à atténuer la gravité de la reproduction des formes d'exclusion (pauvreté, inégalités de santé) entre les pays et à l'intérieur des pays.

2. Deuxième scénario (pessimiste) : la pauvreté et les inégalités sociales qu'elle a tenté d'endiguer ont fini par s'exacerber, car les structures d'exclusion ont un meilleur rendement que la stratégie *d'équité* promue par la politique « Santé pour tous » axée sur les soins de santé primaires.
3. Troisième scénario (encore plus pessimiste) : la politique redistributive « Santé pour tous », a engendré, par-dessus les inégalités sociales existantes, de nouvelles formes d'exclusion. Dans cette perspective, non seulement l'OMS ne serait pas parvenue à endiguer toutes les formes d'exclusion sociale initiales, mais elle aurait aussi mis en place, en dépit de ses bonnes intentions, les conditions pour en produire de nouvelles.

Selon les secteurs d'intervention et les échelles considérées, les trois scénarios se sont produits. Le premier, par exemple, rejoint parfaitement bien le discours officiel que tient l'OMS lorsqu'elle rend compte des acquis de la mise en œuvre de sa politique « Santé pour tous ».

La troisième évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie de la santé pour tous, effectuée en 1997, montre que des progrès substantiels ont été faits dans les domaines de l'espérance de vie, de lutte contre les maladies infectieuses et de la réduction de la mortalité chez les moins de 5 ans. La couverture vaccinale et l'accès aux soins maternels (y compris les services de planification familiale) ainsi qu'aux médicaments essentiels ont aussi fortement progressé. (OMS, 1998b : 8).

Sous sa direction, le monde aurait en effet éradiqué l'une des maladies les plus dévastatrices de l'histoire : la variole. De même, aujourd'hui, une partie importante de la population mondiale serait très faiblement exposée à des risques de maladie infectieuse. « On peut donc affirmer qu'à bien des égards le monde a largement progressé vers une meilleure santé pour tous. [...] L'inspiration et les orientations de la Conférence d'Alma-Ata, en mettant l'accent sur le rôle fondamental des soins de santé primaires, ont largement contribué à cette révolution

sanitaire » (OMS, 1999a : IX). Malgré ces améliorations, nous sommes encore loin de l'utopie de la « Santé pour tous ».

En ce qui a trait au deuxième scénario, selon le rapport de 1995 sur la santé dans le monde, force est de constater qu'en dépit de ces succès substantiels, la principale cause de la souffrance humaine – à savoir la pauvreté –, demeure *le problème à résoudre*. Sur ce plan, l'argumentation de l'OMS apparaît toutefois circulaire : la pauvreté engendre la mauvaise santé tandis que la mauvaise santé produit la pauvreté. Inversement, l'amélioration de l'état de santé se présente comme un moyen efficace de lutte à la pauvreté et la lutte contre la pauvreté est un moyen à privilégier pour améliorer l'état de santé. Si ce raisonnement était absolument vrai, les progrès constatés dans la situation sanitaire mondiale s'accompagneraient d'une réduction de la pauvreté. Or, il n'en n'est rien. Nous en déduisons que ledit raisonnement circulaire élude ici un segment de l'enchaînement causal : qu'est-ce qui, outre la mauvaise santé, produit la pauvreté ? L'OMS y fait rarement allusion et lorsqu'elle le fait, elle procède de manière indirecte et approximative.

Dans le rapport de 1999, elle note par exemple qu'une productivité accrue et une croissance économique accélérée permettraient de s'attaquer à l'une des principales causes de la pauvreté. Elle préconisait déjà, en 1998, « des politiques qui doivent permettre aux gens de réaliser au fil des ans tout leur potentiel intellectuel et physique par l'éducation, l'acquisition des compétences de base et l'adoption de modes de vie sains » (OMS, 1998b,c : 9). Implicitement, elle évoque donc des processus et des mécanismes défailants dans les secteurs de l'éducation, de l'économie, des réseaux sociaux, bref de l'organisation de l'environnement écologique, économique, politique, social, culturel, etc., et ce, toutes échelles géographiques confondues. Ainsi, l'ensemble de ces contraintes influence non seulement la pauvreté et l'état de santé des populations, mais restreint également les possibilités d'action de l'Organisation tout en l'obligeant à revoir constamment à la baisse les résultats anticipés lors de la mise en œuvre de ses politiques et programmes. Pour dire autrement les choses, si l'OMS apparaît consciente des rapports sociaux et économiques qui contribuent aux inégalités de santé, elle est impuissante à agir sur elles et à les transformer.

Le deuxième scénario, celui qui postule que la politique « Santé pour tous » a vu s'exacerber, dans certains cas, les inégalités qu'elle tentait d'endiguer, se révèle donc valide dans un grand nombre de pays

aux prises avec des conflits armés, le vieillissement de la population et certaines pandémies dont le sida³². Par exemple, dans 14 pays africains, les taux de mortalité infantile ont été plus élevés en 2003 qu'ils ne l'étaient en 1990.

Globalement, 35 % des enfants africains sont actuellement davantage exposés à un risque de décès qu'il y a dix ans. [...] En Afrique subsaharienne, le VIH/SIDA a été responsable en 2002 d'un total estimatif de 332 000 décès d'enfants. Dans l'ensemble du monde, les enfants risquent davantage de mourir s'ils sont pauvres et malnutris (sic), et le décalage entre les taux de mortalité des nantis et des déshérités s'aggrave (OMS, 2003c : 8-9).

Dans d'autres pays comme le Botswana, le Lesotho, le Swaziland et le Zimbabwe, le sida a réduit de plus de 20 ans l'espérance de vie des hommes et des femmes, de sorte que les taux de mortalité chez les adultes dépassent en 2003 ceux d'il y a 30 ans. Cela est également vrai pour certains pays d'Europe orientale où la mortalité des hommes a aussi considérablement augmenté, en raison de la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles. L'OMS résume : « En ce début du XXI^e siècle, la santé des adultes est caractérisée par deux tendances principales : premièrement, le ralentissement des progrès et l'aggravation des différences ; et deuxièmement, la complexité croissante de la charge morbide » (OMS, 2003a : 9). Par conséquent, en dépit des efforts de l'OMS, les structures d'exclusion sociale continuent d'être plus actives et plus efficaces.

Le dernier scénario, celui selon lequel l'action de l'OMS a non seulement été inefficace à réduire les inégalités, et qu'elle a même produit de l'exclusion, va retenir un peu plus longuement notre attention que les deux précédents, car il concerne plus directement les objectifs de notre questionnement sur l'exclusion. Partant du constat qu'après 25 ans d'application de la politique « Santé pour tous », le tableau sanitaire mondial demeure extrêmement contrasté, nous osons affirmer que les actions de l'OMS n'ont pas su neutraliser les structures d'exclusion initiales et que possiblement, à son insu, elles ont même contribué à en créer d'autres. C'est du moins l'hypothèse que nous voudrions étayer ici en interrogeant la portée des termes clés du slogan « Santé pour tous ».

32. Cette liste de facteurs n'est certes pas exhaustive. On pourrait y ajouter tous les déterminants de la santé.

Les paradoxes de la politique « Santé pour tous » : de la justice sociale à l'exclusion

L'OMS a opté pour la politique mondiale intitulée « Santé pour tous ». Mais à quoi renvoient les termes de ce slogan ? De quelle santé s'agit-il et pour qui ? A-t-il jamais été question d'un même standard de santé pour l'ensemble des habitants de la planète ? Notre discussion nous a conduit à répondre par la négative. C'est cette réponse négative qui ouvre aussi une brèche pour saisir de quelle manière la stratégie mondiale « Santé pour tous d'ici l'an 2000 », dont les soins de santé primaires constituent la cheville ouvrière, recèle quelques mécanismes structurants d'exclusion.

Le premier de ces mécanismes est lié à la définition même de la « santé pour tous ». D'après l'OMS, « La santé pour tous n'est pas un objectif fixe et limité ; c'est un processus menant à l'amélioration progressive de la santé des populations » (OMS, 1981a : 29). Même si la notion de « santé pour tous » revêtait une signification identique à l'échelle de la planète, elle serait plutôt relative dans son opérationnalisation, en ce qu'elle décrit des phénomènes dissemblables. Chaque pays lui donne une signification nationale particulière selon ses caractéristiques sociales et économiques, son niveau de santé, le tableau de morbidité de sa population et le niveau de développement de son système de santé. Cependant, l'OMS considère qu'« il est un niveau minimum au-dessous duquel aucun individu ne devrait se trouver ; tous les gens de tous les pays doivent avoir un niveau de santé qui leur permette de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la communauté dans laquelle ils vivent » (OMS, 1984 : 11).

Cette formulation approximative de la « santé pour tous » justifie et légitime, selon nous, non seulement l'existence des différences de composition dans et entre les systèmes de santé et, à la limite, des différences de qualité. Elle rend également ces différences moralement *acceptables*. Comme la « santé pour tous » se veut un processus conduisant à l'amélioration progressive de la santé des peuples, comme les peuples progressent à des rythmes différents et à l'avantage de ceux qui sont les plus développés, finalement, comme le rythme de progression et d'innovation sur ce plan est aussi grandement déterminé par le niveau de développement des peuples, il ne pouvait en résulter qu'une aggravation – au détriment des pays ou des cohortes de population les plus pauvres – des inégalités préexistantes déjà fort criantes, et cela même dans le cas d'une tendance générale à l'amélioration des conditions sanitaires.

De la sorte, les actions de l'OMS n'auraient pas permis d'alléger le fardeau historique de la pauvreté, du colonialisme, ou de l'assujettissement... qui écrase les systèmes de santé des pays défavorisés, mais auraient plutôt exacerbé dans certains cas d'importants enjeux d'identité et de domination culturelle.

Un autre effet pervers de la stratégie mondiale « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » serait le *statu quo* qu'elle induit quant aux possibilités de transformations sanitaires. L'OMS place ces dernières à la merci des ressources disponibles et du niveau de développement déjà atteint par chaque pays. Ce faisant, elle occulte les disparités économiques, épidémiologiques, sociales et autres qui existent déjà, ainsi que les possibilités de reconfiguration de la cartographie sanitaire mondiale. En conséquence, une frange importante de la population mondiale continue d'être exclue de la jouissance à court et à moyen terme des avancées et des innovations technologiques et scientifiques. Il y aurait ici, selon les termes de Nancy Fraser (2005), déni de parité de participation au sens où ce nonaccès aux ressources nécessaires limite la participation à la vie sociale. De surcroît, la stratégie de l'OMS aurait contribué à l'installation d'un système de dépendance et de rattrapage condamnant irréversiblement les pays pauvres à la remorque des pays riches sur le plan des percées médicales³³. Autrement dit, elle aurait créé un système de relations ou de rapports d'assistance des pays les plus pauvres envers les pays les plus riches.

En outre, le contenu et la composition des soins de santé primaires font aussi l'objet d'une définition approximative, ce qui a pour effet de mettre en place, à l'instar de la définition également approximative de la « santé pour tous », de nouveaux mécanismes d'exclusion. Si depuis la *Déclaration d'Alma-Ata*, l'OMS fait des soins de santé primaires le moyen par lequel il sera possible d'atteindre les objectifs de santé pour tous, elle n'a jamais préconisé, ni même tenté d'élaborer, les invariants des systèmes de santé universellement valables et applicables. Certes, elle a posé un certain nombre de conditions permettant d'engager sur une voie commune les stratégies nationales de santé. Néanmoins, puisque tous les pays ne sont pas contraints de s'affairer aux mêmes priorités sanitaires, elle les incite à donner aux soins de santé primaires une forme qui varie grandement selon leurs caractéristiques

33. Ce paradoxe est décrit plus en détail dans Clément et Édouard (2008).

politiques, économiques, sociales, culturelles et épidémiologiques³⁴. Il en résulte une configuration des systèmes de soins de qualité, de quantité, de portée et de volume complètement variables selon les pays. Qui plus est, en incitant les pays pauvres à baser leurs systèmes de santé presque exclusivement sur les soins de santé primaires, et en proscrivant toute initiative de santé autre que les soins de santé primaires, arguant leur inefficacité ou leur pertinence sociale douteuse, on confine les systèmes de santé à une offre limitée de services.

Les soins de santé suscitent dans le monde entier de grandes déceptions dont il n'est pas difficile de discerner les raisons. Les connaissances techniques actuelles permettraient d'assurer une meilleure santé, mais malheureusement, dans la plupart des pays, elles ne sont pas exploitées au mieux dans l'intérêt du plus grand nombre. Les ressources sanitaires sont affectées principalement à des institutions médicales ultramodernes implantées en milieux urbains. Outre ce qu'elle a de socialement contestable, la concentration d'une technologie complexe et coûteuse sur les segments limités de la population n'offre même pas l'avantage d'améliorer la santé. En fait, l'amélioration de la santé est actuellement assimilée à la fourniture de soins médicaux par un nombre croissant de spécialistes qui appliquent des technologies médicales étroitement spécialisées au profit d'une minorité de privilégiés... (OMS, 1978 : 41, paragr. 3.)

Selon le niveau de développement des pays, les incitations de l'OMS ont fini par les amener à offrir une gamme plus ou moins étendue de services pour une gamme plus ou moins étendue de problèmes de santé à une population de plus en plus nombreuse. Si ce discours reflète une position moralement acceptable et politiquement correcte, il a aussi pour effet de plafonner le développement des systèmes de santé des pays pauvres, et de reproduire les inégalités. Aussi excellents que pourraient devenir leurs soins de santé primaires, ils ne sauraient en effet aspirer au développement de nouvelles expertises leur permettant de répondre à des besoins de santé requérant des approches de soins plus spécialisées que celles que l'on retrouve dans les soins de santé primaires, mais qui sont pourtant offertes dans les pays riches³⁵. Pour cette raison, la définition approximative que l'OMS donne aux soins

34. « Certains pays commenceront par assurer un nombre limité de prestations à l'ensemble de la population ; d'autres exécuteront un plus vaste éventail de programmes dans des zones géographiques données ou pour des groupes de population déterminés, par exemple ceux dont les besoins sont les plus aigus, en étendant progressivement le nombre de ces zones et de ces groupes ; d'autres encore fourniront une gamme complète de prestations de santé à l'ensemble de la population, en améliorant progressivement la qualité. » (OMS, 1981a : 40.)

35. Cela n'est sans doute pas étranger au phénomène contemporain de tourisme médical qui consiste en partie pour les riches des pays pauvres à aller se faire soigner dans les pays

de santé primaires dans sa stratégie « santé pour tous » a pour effet d'exacerber la division internationale déjà existante de la couverture médicale³⁶ et, dans le meilleur des cas, à maintenir le *statu quo* de la dialectique de dépendance entre pays riches et pays pauvres, si ce n'est à l'aggraver. Mais l'enjeu ici ne se trouve pas seulement dans les soins, il se situe également dans la conception, la fabrication et la mise en marché des médicaments. Les directives de l'OMS n'encouragent pas, du moins à court et à moyen terme, les recherches sur les besoins et les problèmes de santé par et pour les pays pauvres³⁷. La priorité est ailleurs. Il en résulte que les personnes vivant dans les pays moins développés ont moins accès aux technologies médicales et aux soins de qualité (à la fine pointe de la technologie) que celles vivant dans les pays à revenu plus élevé (Ashford, 2004 : 1), même si ces soins sont qualifiés ici et là de primaires.

En somme, en recommandant à chaque pays de mettre au point ses politiques de santé en fonction de ses problèmes et possibilités, de sa situation propre, de ses structures sociales et économiques et de ses mécanismes politiques et administratifs (OMS, 1979 : paragr. 20), l'OMS en est venue à construire des cadres sanitaires géopolitiques pourvus de leur propre standard d'accessibilité et de qualité. Il en découle que certains soins et services ainsi que certains médicaments sont inégalement accessibles ; certains groupes demeurant en quelque sorte exclus d'un standard de santé établi (en matière de soins, de services, de technologies et de médicaments).

Les effets d'exclusion créés ou exacerbés par la stratégie « Santé pour tous » procèdent donc selon deux axes : l'un géographique, l'autre

riches (l'Afrique vers l'Europe occidentale, l'Amérique latine et les Caraïbes vers l'Amérique du Nord, etc.).

36. Cette division internationale fait courir un risque important à certains pays pauvres dans la mesure où les maladies qui les rongent requièrent des médicaments qu'ils n'ont ni l'expertise, ni les moyens de produire et qui ne sont plus fournis par les grandes industries pharmaceutiques. Par exemple, les récentes pathologies infectieuses émergentes, sauf le SRAS et le sida font, malgré leur virulence, l'objet de peu de recherches et de découvertes dans les disciplines biomédicales.
37. Le Forum Global pour la recherche en santé (GFHR) note que moins de 10 % des dépenses de recherche dans le monde, dans le domaine de la santé, sont consacrées aux problèmes de santé des pays en développement qui comptent plus de 90 % de la charge mondiale de maladies (diarrhée, paludisme, tuberculose...) (GFHR, 2004 : 282). Soulignons que ce rapport 10/90 persiste depuis 1986, malgré un accroissement considérable du montant global dévolu à la recherche en santé, passant de 30 milliards en 1986 à 105,9 milliards de dollars en 2001. Voir également Neufeld et Spiegel (2006) et Walker et coll. (2006).

temporel. Sur l'axe géographique, la politique de l'OMS a eu pour effet de polariser ceux qui ont les moyens de s'offrir des soins, des services et des médicaments à la fine pointe de la technologie et ceux qui n'en ont pas les moyens. Sur l'axe temporel, elle distingue ceux qui peuvent accéder à tous les soins et services nécessaires à leur bien-être ici et maintenant de ceux qui doivent reporter à plus tard leur consommation, sinon à jamais³⁸. Ces différences se retrouvent autant entre les pays qu'à l'intérieur des pays.

Par conséquent, quel que soit le scénario envisagé, sauf l'option du déni, les processus d'exclusion dont certains symptômes sont ciblés par l'OMS depuis la *Déclaration d'Alma-Ata*, continuent d'agir. De nouvelles structures d'exclusion se sont ajoutées à celles qui ont perduré, certaines à la faveur des mesures que la justice sociale a inspirées à l'OMS. Il en est ainsi, principalement parce qu'aucune de ces mesures n'entendait remettre en cause l'une ou l'autre des structures d'exclusion sociale en vigueur autant à l'échelle internationale qu'aux échelles nationales et locales. Aucune de ces dispositions n'a abordé les dynamiques sociales génératrices d'inégalités, de polarisation et de marginalisation. Elles reposent même sur un certain nombre d'*a priori* qui favorisent certaines formes d'exclusions. Elles se sont toutes attardées aux causes intermédiaires (inégalités, pauvreté, déficit d'infrastructures, etc.), elles-mêmes produites par d'autres causes fondamentales (ordre mondial, modèle social, organisation sociale, mode de production, etc.). Elles ont transformé le statut de la santé, la faisant passer du pôle téléologique des finalités vers celui des ressources ou moyens au service du développement et de la cohésion sociale, de celui de réalisation fondamentale à celui de *capabilité*³⁹. En d'autres mots, les dispositions prises par l'OMS n'ont pas permis de travailler sur les rapports sociaux producteurs d'exclusion, tout au plus ont-elles contribué à en atténuer les conséquences. Il en résulte que même aux échelles nationale et régionale,

38. L'OMS considère que « ...pour assurer une couverture totale de la population par ces soins [primaires], il faudra procéder par étapes. L'essentiel est d'étendre progressivement la couverture géographique et le contenu des soins de santé primaires jusqu'à ce que la totalité de la population ait accès à tous les éléments essentiels » (OMS, 1979 : paragr. 14), y compris les médicaments essentiels génériques.

39. Or, pour reprendre les mots de Sen (1992), il aurait fallu s'assurer que la société offre aux individus des capacités égales d'être en bonne santé, c'est-à-dire des possibilités égales d'atteindre l'état de santé désiré.

l'accès universel aux biens, aux services et aux moyens d'améliorer ou de préserver sa santé, demeure encore un objectif lointain⁴⁰.

CONCLUSION

La politique de l'OMS « Santé pour tous » est fondée sur un certain idéal de justice sociale. Elle prône et promeut une discrimination positive à l'endroit des pauvres et des groupes vulnérables de manière à assurer à tous les mêmes chances d'être en santé. L'Organisation semble soutenir que pour améliorer la situation des plus démunis, il ne suffit pas d'atteindre un niveau moyen de santé et de réactivité ; il est également nécessaire de réduire sur un plan global les inégalités et, partant, les inégalités de santé. Or, le critère d'égalité de santé formulé par l'OMS s'est aussitôt transformé en un objectif plus modeste d'universalisation des soins de santé primaires. Plus généralement, il est devenu un objectif à long terme dont l'application à court terme se limite à la réduction des inégalités par l'intermédiaire des soins de santé primaires. Les exigences à court terme sont certes moindres, mais l'égalité, procédurale à tout le moins, demeure l'horizon asymptotique vers lequel tendre. Les premiers à profiter de cette approche de la répartition des soins et des services en fonction des besoins doivent être en priorité les individus les plus pauvres et en mauvaise santé.

Cette vision « équitable » de la « Santé pour tous » – dont les vertus de générosité et de compassion sont évidentes – a débouché cependant sur quelques paradoxes. Au-delà de la séduction qu'elle exerce, nous avons découvert qu'elle peut tout aussi se métamorphoser en son contraire, c'est-à-dire en matrice d'exclusion. Il faut croire qu'il

40. L'OMS observe, par exemple qu'une « proportion importante, quoique variable, de mères et d'enfants se voit encore dénier les prestations sanitaires dont d'autres bénéficient dans le même pays » (OMS, 2005a : 28). Dans la région des Amériques, son bureau régional (l'Organisation panaméricaine de santé) pose le même diagnostic : il estime qu'environ « 100 millions de personnes en Amérique du Sud et dans les Caraïbes ne sont pas couvertes par les systèmes de santé existants actuels et quelque 240 millions de personnes ne sont pas protégées par des systèmes de sécurité sociale ni des assurances de santé privées. [...] En Amérique latine et dans les Caraïbes, près de 218 millions de personnes manquent de protection contre les risques de maladie, alors qu'environ 107 millions n'ont pas d'accès aux services de santé pour des raisons géographiques » (OPS, 2002 : 1). Il ne serait pas inutile d'ajouter ici que l'atteinte de l'objectif d'universalité n'est pas une garantie de justice sociale. Plusieurs études ont d'ailleurs mis en évidence des cas où le respect de ce principe a joué au détriment de celui de la qualité. À quoi cela sert-il donc de rendre des services universels si c'est pour les rendre encore plus médiocres ?

faillie plus que des intentions altruistes pour venir à bout de ces malheurs !

L'analyse discursive des politiques et des programmes de l'OMS, que nous avons présentée ici, porte sur la période 1948-1998. Toutefois comme la fin de la décennie 1990 semble marquer un tournant dans l'histoire de l'Organisation, il serait intéressant de reprendre le même exercice pour la période allant de 1998 à nos jours. Cela nous permettrait de vérifier la validité de nos hypothèses et d'approfondir notre réflexion sur l'antinomie apparente entre justice sociale et exclusion sociale. Mais il s'agit là d'un tout autre projet⁴¹.

RÉFÉRENCES

- Aboriginal and Torres Strait Commissioner (ATSC) (2003), *A statistical overview of Aboriginal and Torres Strait Islander peoples in Australia*, Statistics, Human rights and Equal Opportunities Commission.
- Ashford, L. (2004), « Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde. Résumé », *Population Référence Bureau*, Washington, Éditions Eriksen Translations Inc. et Pascale De Souza, 4 p.
- Beigbeder, Y. (1995), *L'Organisation mondiale de la santé*, Genève, PUF, Institut universitaire des Hautes études internationales.
- Beigbeder, Y. (1997), *L'Organisation mondiale de la santé*, 1^{re} édition, Paris, PUF, Coll. Que sais-je ?
- Borgetto, M., (2000), « Équité, égalité des chances et politique de lutte contre les exclusions », dans G. Koubi et G. J. Guglielmi (dir.) *L'égalité des chances : analyses, évolutions, perspectives*, Paris, Éditions La Découverte, p. 115-138.
- Clément, M. et R. Édouard (2008), « Justice sociale et santé. Le parti pris de l'OMS pour les soins de santé primaires », dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Dynamiques d'inclusion et d'exclusion : Justice sociale, action publique et politiques de santé*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 151-167.
- Culyer, A.-J. et A. Wagstaff (1993), « Equity and equality in health and health care », *Journal of Health Economics*, vol. 12, n° 4, p. 431-457.
- Culyer, A.-J. (1988), « Inequality in health services is, in general, desirable », dans D. Green (dir.) *Acceptable inequalities ?*, The Institute of Economic Affairs Health Unit, London, p. 31-47.
- Daniels, N. (1985), *Just health care*, USA, Cambridge University Press.

41. Au moment où les auteurs ont écrit ces pages, l'OMS n'avait pas encore publié le rapport préparé par J. Popay, S. Escorel, M. Hernandez, H. Johnston, J. Mathieson et L. Rispel, et traitant explicitement de la question de l'exclusion sociale (OMS, 2008). Pour cette raison, nos analyses n'en tiennent pas compte.

- Desbiens, J.-P. (1993), *Comment peut-on être autochtone ? Remarques sur la question autochtone*, Québec, Secrétariat aux Affaires autochtones, 36 p.
- Deveaud, B. et B. Lemennicier (1997), *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique. Les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies*, Paris, l'Harmattan.
- Donkin, A., P. Goldblatt and K. Lynch (2002), « Inequalities in life expectancy by social class, 1972-1999 », *Health Statistics Quarterly*, n°15, p. 5-15.
- Dworkin, R. (1981), « What is equality ? Part I : Equality of welfare. Part II : Equality of resources », *Philosophy and Public Affairs*, vol. 10, n° 3-4, p. 85-246 et 283-345.
- Farvaque, N. (2003), *Responsabilité et travail d'évaluation : les terrains de l'action publique dans l'approche par les capacités*, IDHE- École normale supérieure de Cachan, Cachan (<http://www.idhe.ens-cachan.fr/ric0306.PDF>, consulté le 1^{er} mars 2008).
- Fraser, N. (2005), *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, Éditions La Découverte.
- Global forum for health research (GFHR) (2000), *The 10/90 report on health research 2001-2002* (http://www.globalforumhealth.org/filesupld/1090_report_00/00exsf.pdf, consulté le 1^{er} mars 2008).
- Lesvesque, J.-F., D. Roberge, et R. Pineault (2007), « La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec ? », dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, Chenelière Éducation Inc.
- Kekki, P. (2004), *Primary health care and the Millennium Development Goals : issues for discussion*. WHO, Genève (http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/mdgs_final.pdf, consulté le 1^{er} mars 2008).
- Kleczkowski, B. M., R. H. Elling et D. L. Smith (1985), *Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires, Étude basée sur les Discussions Techniques tenues pendant la trente-quatrième Assemblée mondiale de la Santé*, Genève, OMS.
- Mooney, G. (1992), *Economics, Medicine and Health care*, Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf, 2nd Edition.
- Murray, C.J.L., C.M. Michaud, M.T McKenna, and J.S. Marks (1998), *U.S. Patterns of Mortality by County and Race : 1965-1994*, Cambridge, MA, Harvard Center for Population and Development Studies : 1-97 (<http://www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/images/usbodi/index.html>, consulté le 1^{er} juin 2005).
- NATIONAL CENTRE FOR HEALTH STATISTICS (2004), *Health, United States, 2004, With Chartbook on Trends in the Health of Americans*, US Department of Health and Human Services, Hyattsville, Maryland.
- Nozick, R. (1988) [1977], *Anarchie, état et utopie*, Paris, PUF, Quadrige.
- Neufeld, V. R. et J. Spiegel (2006), « Canada and global health research », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 1, p. 39-41.
- Olsen E. O. et D. L. Rogers (1991), « The welfare Economics of equal access », *Journal of public Economics*, p. 91-105.

- OMS (1947), *Chroniques de l'organisation mondiale de la santé. Constitution et structure de l'OMS*, Vol. 1, n° 1-2 (http://whqlibdoc.who.int/hist/chronicles/chronicle_1947_fre.pdf, consulté le 13 juin 2005).
- OMS (1978), *Déclaration d'Alma-Ata 1978. Les Soins de Santé primaires*, Genève,
- OMS, Série « Santé pour tous », n° 1.
- OMS (1979), *Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, OMS, Série « Santé pour tous », n° 2.
- OMS (1981a), *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, OMS, Série « Santé pour tous », n° 3.
- OMS (1981b), *Élaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, OMS, Série « Santé pour tous », n° 4, Genève.
- OMS (1981c), *Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national*, OMS, Série « Santé pour tous », n° 5, Genève.
- OMS (1981d), *Évaluation des programmes de santé*, OMS, Série « Santé pour tous », n° 6, Genève.
- OMS (1982a), *Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de la santé pour tous*, OMS, Série « Santé pour tous », n° 7, Genève.
- OMS (1982b), *Septième programme général de travail, pour la période 1984-1989*. OMS, Série « Santé pour tous », n° 8, Genève.
- OMS (1984), *Glossaire de la série « Santé pour tous »*, Genève, OMS, Série « Santé pour tous », n° 9.
- OMS (1988), *Les Réalisations de quatre décennies : survol des activités de l'OMS*. OMS, Genève.
- OMS (1990), *D'Alma-Ata à l'an 2000 : réflexions à la mi-parcours*, Genève.
- OMS (1995), *Rapport sur la santé dans le monde, 1995. Réduire les écarts*, OMS, Genève.
- OMS (1996), *Rapport sur la santé dans le monde, 1996. Combate la maladie. Promouvoir le développement*, OMS, Genève.
- OMS (1997), *Rapport sur la santé dans le monde, 1997. Vaincre la souffrance : Enrichir l'humanité*, OMS, Genève.
- OMS (1998a), *La santé pour tous au XXI^e siècle*, EB101/8, Genève, OMS.
- OMS (1998b), *Rapport sur la santé dans le monde, 1998. La vie au XXI^e siècle : Une perspective pour tous*, Genève, OMS.
- OMS (1998c), *Résumé du Rapport sur la santé dans le monde, 1998. La vie au XXI^e siècle : Une perspective pour tous*, A51/3, Genève, OMS.
- OMS (1998d), *Allocution du Directeur général au Conseil exécutif à sa cent unième session*, EB101/DIV/2, Genève, OMS.
- OMS (1998e), *La santé pour tous au XXI^e siècle*, A51/5, Genève, OMS.
- OMS (1999a), *Rapport sur la santé dans le monde, 1999. Pour un réel changement*, OMS, Genève.

- OMS (1999b), *La santé dans le monde : Tendances et enjeux*, Rapport du Secrétariat, EB105/4, Genève, OMS.
- OMS (1999c), *Pauvreté et santé*, Rapport du Directeur général, EB105/5, Genève.
- OMS (1999d), *Mise en œuvre des résolutions relatives au budget*, Résolutions EB103, R6 et WHA52.20, Rapport du Secrétariat, EB105/17, Add.1, 16 décembre 1999.
- OMS (1999e), *Renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement*, Cinquante-deuxième Assemblée mondiale de la santé, WHA52.23, Genève, OMS.
- OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS.
- OMS (2001), *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le Développement économique*, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, Genève, OMS.
- OMS (2002), *Rapport sur la santé dans le monde, 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, OMS, Genève.
- OMS (2003a), *Rapport sur la santé dans le monde, 2003. Façonner l'avenir*, Genève, OMS.
- OMS (2003b), *Rapport du Directeur général 1998-2003*, DGO/2003/1, Genève, OMS.
- OMS (2003c), *L'influence de la pauvreté sur la santé*, Rapport du Secrétariat, EB113/12, Genève, OMS.
- OMS (2004a), *Rapport sur la santé dans le monde, 2004. Changer le cours de l'histoire*, OMS, Genève.
- OMS (2004b), *Les systèmes de santé, y compris les soins de santé primaires*, Rapport du Secrétariat de l'Assemblée Mondiale de la Santé. A57/14, Genève.
- OMS (2004c), *Projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007*, Genève.
- OMS (2005a), *Rapport sur la santé dans le monde, 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Genève, OMS.
- OMS (2005b), *La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, 2000 2005 2015 Tenir les promesses*, Genève, OMS.
- OMS (2006) [1947], *Documents fondamentaux. Comprenant les amendements adoptés jusqu'au 31 décembre 2006*, 46^e édition, OMS.
- OMS (2008), *Understanding and tackling Social Exclusion : Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health From Social Exclusion Knowledge Network*, Genève, OMS.
- ONU (1974), *Déclaration concernant l'instauration d'un nouvel ordre économique international*, Résolution 3201 (S-VI), Genève, ONU.
- OPS/OMS (2002), *Élargissement de la protection sociale dans le domaine de la santé : initiative conjointe de l'organisation panaméricaine de la santé et de l'organisation internationale du travail*, C/SP26/12 (Fr.), 26^e conférence sanitaire panaméricaine, 54^e séance du comité régional, Washington D.C., États-Unis.
- Paluzzi, J.E. (2004), « Primary Health Care since Alma-Ata : Lost in the Bretton Woods ? » dans Castro, A. et M. Singer (dir.) *Unhealthy Health Policy. A critical anthropological examination*, Oxford, AltaMira Press, p. 63-78.
- Rawls, J. (1987 [1971]), *Théorie de la justice*, Paris, Éditions du Seuil.

- Rodgers, G., C. Gore et J.B. Figueiredo (dir.) (1995), *Social exclusion : Rhetoric Reality Responses. A contribution to the world summit for social development*, Geneva, International Institute for labour studies, United Development programme.
- Schneider-Bunner, C. (1997), *Santé et justice sociale. L'économie des systèmes de santé face à l'équité*, Paris, Economica.
- Sen, A. (2000) [1992], *Repenser l'inégalité*, Paris, Éditions du Seuil.
- Smith, B.L. (2003), *Politiques publiques et participation publique. Engagement des citoyens et des collectivités dans l'élaboration des politiques publiques*, Santé Canada Direction de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique.
- Singleton, M. (dir.) (1991), « Soins de santé primaires en Afrique : cause perdue ? », *Cahiers du CIDEP*, n°12, Bruxelles, ARTEL.
- Toye M. et J. Infanti (2004), *L'inclusion sociale et le développement économique communautaire*, Réseau pancanadien d'apprentissage en développement communautaire : cadre du projet.
- Van Parijs, P. (1994), « Au-delà de la solidarité. Les fondements éthiques de l'État-providence et de son dépassement », *Futuribles*, n° 184, p. 5-29.
- Van Parijs, P. (1985), « Y a-t-il des limites à la prise en charge des soins de santé par la solidarité ? » dans J. Hallet, J. Hermess et D. Sauer (dir.) *Solidarité, Santé, Éthique*. Louvain, Grant, p. 57-68.
- Von Hayek, F. (1976), *Droit, législation et liberté, Vol.2 : Le mirage de la justice sociale*, Chicago, University of Chicago Press.
- Walker, S. H., V. Ouellette et V. Ridde (2006), « How can PhD research contribute to the global health research agenda ? » *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 2, p. 145-148.

Page laissée blanche intentionnellement

Conclusion

Reconnaissance, redistribution et lutte à l'exclusion : une invitation à l'exploration

Yolande Pelchat et Michèle Clément

Les différents usages de la notion d'exclusion sociale ont, tout autant que les politiques, programmes ou interventions visant à la contrer, fait l'objet de nombreuses critiques au sein des sciences sociales. Plusieurs auteurs, y compris ceux et celles qui ont contribué à cet ouvrage, ont montré que les façons de penser l'exclusion et les actions déployées pour la combattre transportent avec elles plus d'une ambiguïté.

Si ces critiques nous conduisent à prendre en compte les écueils possibles que revêt le langage de l'exclusion, conduisent-elles nécessairement à l'abandonner ou encore à recourir à d'autres notions pour dire les inégalités et les injustices qui marquent les sociétés contemporaines ? Sur ce point, la perspective que nous adoptons au terme de la démarche dont fait état cet ouvrage, se rapproche de celle défendue par Viviane Châtel et Marc-Henry Soulet (2002) dans leur article intitulé *L'exclusion, la vitalité d'une thématique usée*. Plutôt que de plaider en faveur de l'abandon de cette notion, nous croyons qu'il vaut mieux travailler sur ses « potentialités ». Cette option tient en grande partie à ce que le langage de l'exclusion a, depuis le milieu des années 1990, aussi pénétré le champ des politiques sociales de nombreux États, à l'intérieur

comme à l'extérieur de l'Union européenne. Toutefois, l'élaboration et la mise en place de nombreuses politiques et de mesures de lutte à l'exclusion ont, de façon générale, fait l'économie de définitions explicites et argumentées. Sur ce plan, le Québec n'est pas en reste. En effet, la Loi sur l'élimination de la pauvreté et l'exclusion sociale adoptée en décembre 2002 ne propose aucune définition de l'exclusion sociale, alors que c'est le cas pour la pauvreté. En ce qui concerne le Canada (hors Québec), le langage de l'inclusion semble se substituer à celui de l'exclusion, mais il est loin d'être certain que ce choix ait apporté des clarifications significatives (Labonte, 2004).

Cet état d'imprécision, voire de non-définition, nous semble fournir une occasion privilégiée de retravailler la thématique de l'exclusion de façon telle qu'elle incite à imaginer et à mettre en œuvre de nouvelles actions susceptibles de réduire les inégalités et de soutenir la quête incessante de justice sociale. Pour ce faire, nous explorerons une avenue singulière où l'exclusion sociale est assimilée à un déni de « parité dans la participation », selon l'expression de Nancy Fraser (2005). En empruntant cette avenue, nous proposons de charger la notion d'exclusion sociale d'un sens sensiblement différent de celui qui alimente généralement les luttes à l'exclusion déployées dans plusieurs contextes nationaux ou organisationnels. En effet, nous avançons que pour être en mesure d'apporter un regard nouveau sur la justice sociale et la réduction des inégalités, l'exclusion ne saurait être simplement considérée comme l'issue d'un cumul de désavantages ou une conséquence de facteurs « multidimensionnels ». Elle doit être pensée comme un rapport social *en soi*, un rapport par lequel certaines populations se voient systématiquement dénier la possibilité de participer en tant que pairs à la fabrication du « vivre ensemble », actuel et à venir ; un rapport fondé sur des pratiques qui font obstacle non seulement à la reconnaissance symbolique ou culturelle, mais également à la juste distribution des richesses, ces deux dimensions constitutives de la justice sociale (Fraser, 2005).

Cette discussion nous conduira à exposer quelques pistes pour repenser les actions visant la réduction des disparités en matière de santé qui sont engendrées par des situations d'injustice. Nous défendrons l'idée que la portée du recours à la notion d'exclusion sociale ne saurait se réduire à décrire les problèmes de santé des dits exclus ou à travailler à une offre de services de santé qui seraient plus accessibles et plus adaptés. D'autres contributions doivent être imaginées. En mettant l'accent sur les pratiques d'exclusion qui engendrent les conditions de

vie délétères, nous voulons poser quelques jalons pour envisager de façon résolument différente la question de la réduction des inégalités sociales et des disparités de santé qui y sont associées.

Nous tenons toutefois à signaler aux lectrices et aux lecteurs de ce texte qu'ils n'y trouveront pas une théorie de l'exclusion totalement « opérationnalisée ». Penser le social, sans en réduire indûment la complexité, est loin d'être une tâche aisée. C'est un exercice qui, comme l'a signalé à juste titre, Shirley Roy dans ses travaux relatifs à la notion de vulnérabilité, exige de « dépasser les limites, travailler avec l'incertain, le non-casable, réfléchir dans des zones floues et accepter les critiques de l'imprécision » (Roy, 2008 : 29). Ces occasions que nous nous donnons pour réexaminer les constructions antérieures des concepts et pour essayer de les dépasser ont tous les attributs d'un dilemme : « Elles présentent des espaces possibles de réflexion en même temps qu'elles provoquent de fortes secousses sismiques dans nos représentations sociales convenues. Du coup nos repères se brouillent et nos certitudes aussi. » (*Ibid.*) L'importance que nous attribuons au renouvellement de la conceptualisation de l'exclusion peut certes être contestée, comme le rappelle sur un ton ironique Saül Karsz (2004 : 21) : « L'important n'est-il pas, justement, de constater quelque peu ce phénomène et de tenter d'agir sur les souffrances endurées par des individus et des groupes ? » Mais adopter une telle position, n'est-ce pas aussi contourner une question essentielle : « Quels pans de la réalité des phénomènes dont la notion d'exclusion cherche à rendre compte sont-ils recouverts, euphémisés, voire dissimulés par le recours même à cette notion ? » (Soulet, 2004 : 10). L'exercice entrepris dans les chapitres précédents, et que nous poursuivons ici, veut favoriser le débat sur ce qu'il importe de réintroduire dans la thématique de l'exclusion.

PAUVRETÉ ET EXCLUSION SOCIALE

Dans de nombreux énoncés de politiques ou de programmes gouvernementaux, le terme *exclusion sociale* est venu s'ajouter, comme c'est le cas au Québec, à celui de *pauvreté*. Toutefois, ce qu'il sert à dire et à révéler demeure passablement imprécis. Dans l'ensemble, il renvoie à la définition élargie de la pauvreté retenue par l'Union européenne. Ainsi, sont considérées comme étant pauvres et exclues « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État

membre où elles vivent » (Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2006)¹.

Il s'agit donc d'une conception de l'exclusion qui déborde les formes radicales de mise à l'écart de groupes ou d'individus que représentent, entre autres, l'expulsion formelle d'un territoire, le confinement dans un quartier (ghetto) ou dans un établissement (hôpital psychiatrique). En effet, le terme « exclusion » sert aussi à désigner des individus qui reçoivent certains services sans pour autant avoir accès à différents biens (par exemple, le logement dans le cas des itinérants ou encore le travail dans le cas des chômeurs de longue durée), à certaines activités valorisées (consommation, loisirs activités culturelles, etc.) et, ce faisant, à certaines positions sociales.

C'est donc à des formes d'exclusion moins immédiatement repérables, qui s'installent de manière plus subtile et dont l'inscription spatiale est moins manifeste, que renvoie généralement la notion d'exclusion utilisée par les milieux gouvernementaux de bon nombre de pays depuis le milieu des années 1990. Ici, l'exclusion sociale ne signifie pas nécessairement une frontière spatiale officiellement tracée ou le refus explicite d'une citoyenneté juridique sur la base d'une différence ethnique, sexuelle, religieuse, etc. Le terme « exclusion » est également utilisé pour désigner des situations vécues par des individus qui sont *a priori* reconnus, du moins sur le plan juridique, comme des citoyens à part entière, ou à qui l'on reconnaît la possibilité (théorique) de vivre parmi les « inclus ».

Utilisée dans ces termes, la notion d'exclusion sociale a certes contribué à mettre en lumière des conditions de vie que plus d'un citoyen jugerait intolérables. Toutefois, comme l'ont montré les contributions regroupées dans cet ouvrage, les façons de penser l'exclusion sociale qui ont alimenté l'action publique n'offrent souvent guère plus qu'un autre signifiant servant à nommer des degrés élevés de défavorisation matérielle ou sociale qui affectent certaines populations spécifiques². Pourtant, si l'on suit certains auteurs, pauvreté et exclusion sociale sont

-
1. La pauvreté, remarque l'Observatoire, est conventionnelle (repose sur une norme), elle est relative (à un contexte social) et elle est multidimensionnelle (ne se résume pas aux ressources monétaires, mais touche l'ensemble des conditions de vie, les besoins et aspirations) (2006 : 53-54).
 2. La défavorisation matérielle et la défavorisation sociale sont des indices qui, au Québec, ont été élaborés par Pampalon et Raymond (2001) à des fins d'analyse des inégalités en matière de santé et d'interventions sociosanitaires (<http://www.inspq.qc.ca/pdf/>

deux notions à distinguer l'une de l'autre. Par exemple, Jos Berghman, l'une des figures centrales de l'Observatoire sur les politiques nationales de lutte à l'exclusion sociale (Observatory on National Policies to Combat Social Exclusion³) propose d'utiliser les termes « pauvreté » et « dénuement » (*deprivation*) pour désigner une *situation*, un *état*. Il réserve, en contrepartie, les termes « appauvrissement » et « exclusion sociale » aux *dynamiques* et aux *interactions* qui engendrent de telles situations :

[...] there is the traditional concept of poverty, which by now is restricted to denote a lack of disposable income, and there is the comprehensive concept of social exclusion, that refers to a breakdown or malfunctioning of the major social systems that should guarantee full citizenship » (Berghman, 1995 : 20)⁴.

Ainsi, la distinction entre pauvreté et exclusion sociale ne tiendrait pas seulement à ce que l'une serait réservée à des considérations économiques alors que l'autre porterait davantage sur des « facteurs sociaux ». Dit autrement, la notion d'exclusion ne devrait pas simplement servir à ajouter des variables *sociales* aux variables *économiques* prises en compte par les indicateurs de pauvreté. Si cette notion a le pouvoir d'évoquer non pas un *état* mais un *processus*, il est essentiel qu'elle puisse rendre visibles les rapports sociaux qui engendrent précisément les situations de pauvreté et de vulnérabilité. Elle ne peut se limiter à désigner, par un autre terme, les populations démunies et vulnérables, ou encore à décrire leurs trajectoires individuelles⁵.

Pourtant, c'est précisément cette avenue qu'ont généralement suivie les modalités de lutte à l'exclusion. En effet, l'action publique en matière d'exclusion sociale apparaît profondément marquée par un « appesantissement sur les dits exclus » (Karsz, 2004a)⁶. Elle est pour une large part orientée vers la prestation de services « accessibles » et « adaptés » aux populations qui, en raison de leur niveau de « défavorisation matérielle et sociale » sont qualifiées d'exclues, de démunies,

publications/295-IndiceDefavorisation_2001.pdf ou <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/>.

3. Créé par la Commission of the European Communities en 1990, cet Observatoire fut aboli en 1994. (Voir l'article de Atkinson, 2000).
4. Les systèmes mentionnés sont : « The democratic and legal system, which promotes civic integration ; the labour market which promotes economic integration ; the welfare system promoting what maybe called social integration ; the family and community system which promotes interpersonal integration » (Berghman, 1995 : 19).
5. La notion même de processus peut être envisagée de diverses manières. Nous y reviendrons plus loin.
6. À ce sujet, voir aussi Byrne (2006).

de défavorisées ou plus simplement de pauvres. Se met en œuvre un véritable « rapport d'assistance » qui trouve sa légitimation dans le principe d'équité. Selon ce principe, des services différenciés et réservés à des populations spécifiques sont considérés comme légitimes en raison des « inégalités de moyens » qui les affectent (Borgetto, 2000). Les chapitres précédents illustrent bien cette tendance ; ils en révèlent également les difficultés et les paradoxes. Les pistes de réflexion qui y sont formulées sont nombreuses ; seules quelques-unes d'entre elles pourront donc être reprises ici.

LES LUTTES À L'EXCLUSION OU L'ASSISTANCE AUX DITS EXCLUS

Se situant en territoire français, Éric Gagnon et Béatrice Eysermann, se sont penchés sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Qualifiées de « cellules de prise en charge médico-sociales adaptées aux personnes en situation de précarité », ces Permanences ont été créées à la suite de l'adoption, en 1998, de la Loi relative à la lutte contre les exclusions ; elles s'inspirent largement des centres de soins gratuits qui, dès le milieu des années 1980, ont été mis sur pied par des organisations humanitaires telles que Médecins du Monde. Dans leur texte, Gagnon et Eysermann se sont également attardés aux mesures d'assistance ciblant les personnes sans domicile fixe (SDF) telles que les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Ces organisations s'affairent, comme le précisent les auteurs, à « la restructuration des paramètres vitaux de l'existence : [...] réapprendre à soigner un corps qu'ils ont dénié, [...] réapprendre le fonctionnement de la vie sociale et ne pas redouter ses exigences » (chapitre 1).

Tout en restant au sein des pays membres de l'Union européenne, la contribution de Yolande Pelchat et d'Annick Thomassin esquisse les grands traits de la lutte à l'exclusion sociale mise en œuvre en Grande-Bretagne par le New Labour dès son entrée au pouvoir en 1997. Ici, les auteures se sont centrées sur la politique d'investissement dans l'enfance et, plus précisément, sur le programme Sure Start mis en place dans de nombreuses localités qualifiées de défavorisées. Ce programme fut considéré par le gouvernement Blair (1997-2007) comme l'une des pierres angulaires de la lutte à l'exclusion sociale, une lutte dont les principaux slogans sont « Opportunity for All » et « Breaking the Cycle ». En offrant des services spécifiques aux enfants des quartiers défavorisés, Sure Start vise à procurer un contexte favorable à leur développement physique, cognitif et émotionnel, grâce à des pro-

grammes d'éducation précoce, à des services de garde, à des services de santé, mais aussi à des services soutenant l'intégration ou la réintégration de leurs parents sur le marché du travail. Le programme repose sur l'idée que les services offerts contribueront à développer l'employabilité et la responsabilité pour ainsi « permet[re] à chacun d'aller plus loin, et d'aller plus haut » (Blair, 1998). En d'autres termes, ce programme entend réduire la « transmission intergénérationnelle des désavantages » et promouvoir une éthique du travail (*work ethic*) chez les populations « exclues » ou « à risque de l'être ». Ainsi, tous pourront « participer, à chances à peu près égales, au jeu social » (Borgetto, 2000 : 130).

Francine Saillant et ses collaboratrices (chapitre 3) nous ont conduits pour leur part au cœur d'une lutte à l'exclusion sociale qui se déroule dans un contexte historique et politique fort différent des deux précédents, celui du Brésil. Les auteures se sont notamment attardées aux réformes successives qui ont marqué le système de santé de ce pays. Avec la nouvelle constitution de 1988, les principes d'universalité et d'équité ont été au cœur de ces réformes. Dans la foulée des approches basées sur les soins de santé primaires (SSP), elles visaient la mise en place d'un système de santé universel, peu coûteux, préventif et capable de favoriser la participation de la population. Le système unifié de santé (SUS), premier système public universel d'Amérique latine, est venu remplacer un système de santé qui n'était accessible qu'aux personnes détenant officiellement un emploi. C'est dans l'optique d'améliorer la santé des plus pauvres par un accès accru aux services publics de santé qu'il fut instauré.

Ancrés dans un contexte national spécifique, ces trois textes traitent des conceptions de l'exclusion sociale et de la façon dont cette notion est venue alimenter le déploiement d'actions gouvernementales, notamment dans le secteur de la santé. La contribution de Michèle Clément et de Roberson Édouard (chapitre 4) a emprunté, pour sa part, un parcours sensiblement différent. Leur réflexion a pour ancrage des initiatives et des politiques supranationales élaborées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit la *Déclaration d'Alma-Ata* et la *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*. La volonté sous-jacente à ces deux grandes initiatives est d'assurer l'accès de *tous* à des services de santé adéquats, et plus spécifiquement aux populations des pays les plus pauvres. Ici, ce n'est plus tant les usages de la notion d'exclusion sociale et sa traduction dans des politiques ou programmes qui a constitué le fil directeur de la réflexion, car, comme le précisent les auteurs, la notion

y est peu utilisée. C'est plutôt la vision de la justice sociale qui alimente la logique d'action adoptée par l'OMS pour contrer les inégalités de santé qui est mise en débat.

Prises ensemble, les actions en matière de lutte à l'exclusion sociale, sur lesquelles se sont penchés les auteurs des chapitres précédents permettent de préciser certains enjeux que soulèvent à la fois les façons de concevoir l'exclusion sociale et les actions déployées pour la combattre. En effet, l'assistance aux populations privées des mêmes « moyens », même si elle s'inscrit dans une perspective de justice sociale, n'est pas pour autant dépourvue d'ambiguïtés et parfois aussi d'effets pervers. C'est du moins la conclusion vers laquelle convergent, à l'instar de nombreux travaux⁷, les contributions réunies dans cet ouvrage.

Dans leur texte introductif, Gagnon et Saillant ont attiré l'attention sur de nombreuses questions que suscitent les modalités de lutte à l'exclusion : Quelle place et quelle identité sont ainsi assignées ? Quelles représentations sont véhiculées ? Quels sont les effets de ces assignations et de ces représentations sur l'individu ou sur les groupes d'individus : sentiment de honte, repli sur soi, assujettissement ou subjectivation, etc. ? Quels exercices de la citoyenneté sont-ils ainsi rendus possibles : réappropriation de la parole, formulation de revendications ? Quelle justice sociale se voit ainsi promue ? Sans reprendre une à une ces questions, nous tenterons, dans les paragraphes qui suivent, de préciser, sur la base des analyses présentées dans les chapitres précédents et de travaux publiés ailleurs, certaines ambiguïtés que révèle une lutte à l'exclusion centrée sur l'assistance aux dits exclus. Cet exercice permettra de clarifier, nous le souhaitons, la tension constante qui anime tout rapport d'assistance.

AU-DELÀ DE L'ASSISTANCE

L'assistance aux dits exclus est certes une forme de reconnaissance des droits fondamentaux de chaque individu. Elle est aussi une manifestation de la reconnaissance des inégalités de moyens pour accéder concrètement à ces droits, à des services comme les soins de santé, et plus largement à une protection de l'État. Lorsque l'exclusion sociale est vue comme l'aboutissement d'un parcours fait de ruptures et de

7. À ce sujet, voir entre autres les textes regroupés dans Gagnon, Pelchat et Édouard (2008).

mésaventures, l'assistance peut représenter, pour l'intervenant, à la fois une aide à la résolution des difficultés quotidiennes de la personne assistée, une occasion de revoir son parcours biographique, de soigner ses blessures et ses souffrances et de l'amener à reconstruire l'image qu'elle a d'elle-même. L'effet attendu est que l'individu trouve sa propre voie, infléchisse le cours de sa vie et prévienne *son* exclusion ou en sorte.

Mais, s'il y a reconnaissance des inégalités de moyens, il s'agit d'une reconnaissance soumise à des conditions. Pour obtenir cette aide, l'exclu doit, comme le rappellent Gagnon et Saillant, dans l'introduction générale, « dévoiler sa fragilité et avouer sa dépendance [...] se mettre à nu, s'exposer au regard et au jugement des autres, en dévoilant sa vie, ses souffrances, sans rien pouvoir dissimuler ». L'assistance vient ainsi contraindre l'individu à mettre en scène sa souffrance pour qu'elle soit reconnue (Roy, 2008 ; Thelen, 2008). Cette assistance « suppose toujours, même dans les situations d'urgence et l'action humanitaire, une volonté de s'intégrer, de vouloir changer sa situation, d'adopter certains comportements, d'entreprendre certaines démarches » (Gagnon et Eysermann, chapitre 1). Elle participe toujours d'un processus de « normalisation » de la manière de se présenter, de communiquer, de se comporter et d'élaborer des projets. La relation d'assistance transporte donc toujours avec elle des formes plus ou moins accentuées de disqualification, voire de déni, des logiques d'action adoptées par ceux et celles qui sont « assistés » (Lanzarini, 2008 ; Roy, 2008 ; Thelen, 2008).

La prévention ou la sortie de l'exclusion visée par cette relation d'assistance est imputée en bonne partie à la capacité et à la volonté de chacun de se prendre en charge. Lorsqu'elle est soutenue par des services accessibles et adaptés, l'intégration devient une situation à laquelle chacun pourrait accéder pourvu qu'il déploie ses talents et les efforts requis. C'est précisément ce que révèle l'analyse du programme britannique Sure Start réalisée par Pelchat et Thomassin (chapitre 2). La relation d'assistance comme mode d'intervention en matière d'exclusion sociale fait de la défavorisation matérielle et sociale non pas le produit d'injustices, mais le résultat de ce que Gillies (2005) a qualifié « d'échecs d'autogouvernance », cette incapacité à capitaliser de manière appropriée sur sa propre vie. Dans certains cas, l'échec de l'autogouvernance, c'est-à-dire de sa propre normalisation, peut conduire à l'interruption de l'assistance, comme l'a montré, parmi d'autres, Lanzarini (2008).

La réflexion qui alimente les politiques et les programmes visant à résoudre la « mal-intégration » (Soulet, 2004a), à soutenir ces personnes souvent qualifiées d'exclues qui vivent dans la société tout en ne parvenant pas à y participer vraiment, du moins pas selon les critères associés à la « bonne intégration », c'est-à-dire « celle qui ne dérange pas » (Hansotte, 2002), repose en bonne partie sur un « processus artificiel d'étiquetage et d'homogénéisation » (Saillant et coll., chapitre 3), sur la « production d'une altérité » (Gagnon et Saillant, introduction générale). Prenant l'exemple du Brésil, Saillant et coll. (chapitre 3) montrent à quel point la question de l'exclusion y est étroitement liée à celle de la différence ethnico-raciale. Parler d'exclusion sociale, c'est parler des Afro-Brésiens ; une population plus vulnérable au décès par homicide ou à la violence policière, une population associée au désordre, à l'illégalité, au crime organisé, au trafic de drogue, à l'extrême pauvreté, à l'indigence, aux bilans de santé les plus critiques. Toutefois, ce processus d'étiquetage fait l'impasse sur l'héritage colonial, ibérique et esclavagiste qui pèse largement sur les conditions de vie actuelles des Afro-Brésiens. L'idéologie qui fait de la nation brésilienne le produit de la fusion de trois races et civilisations (noire, blanche et rouge) contribue à masquer l'existence d'inégalités raciales qui ont marqué l'histoire du Brésil. Au sein des milieux gouvernementaux, l'exclusion devient un discours a-historique sur une « masse de pauvres » en déficit d'intégration et en besoin d'assistance, notamment en matière de santé. La mise en œuvre d'un système unifié de santé (SUS) devant offrir un accès universel aux services de santé a été instauré dans une telle perspective. Toutefois, si l'accès s'est accru, il subsiste des inégalités importantes dans la teneur et la qualité des services publics offerts par le SUS et ceux que peuvent obtenir les populations mieux nanties en ayant recours au secteur privé (Ferreira, 2008).

Bien qu'ils aient adopté un angle sensiblement différent, Michèle Clément et Roberson Édouard (chapitre 4) apportent également des éléments de réflexion sur les ambiguïtés du rapport d'assistance, un rapport qui, comme le montre leur étude, se construit cette fois sur les différences entre les pays du Sud et ceux du Nord. L'accent qui a été mis sur les soins de santé primaires (SSP) précisément dans les pays en développement n'aurait-il pas contribué à maintenir et à consolider les inégalités déjà existantes sur le plan des bénéficiaires à court et à moyen terme des avancées et des innovations technologiques et scientifiques ? En proposant d'adapter les services de santé aux ressources disponibles et au niveau de développement de chaque pays, l'OMS ne vient-elle

pas rendre moralement acceptable l'existence d'écarts marqués dans la nature et dans la qualité des services offerts dans les pays du Nord et dans les pays du Sud ? Les pays pauvres se voient-ils ainsi condamnés à n'être qu'à la remorque des pays riches sur le plan des percées médicales ? L'exclusion de certains soins plus spécialisés ne deviendrait-elle une question d'injustice que dans les pays riches, même si leur richesse résulte en partie du (sous)-développement d'autres pays ?

La lutte à l'« exclusion sanitaire » (Clément et Édouard, chapitre 4) par une offre de services « accessibles » et « adaptés » résulte, dans bon nombre de cas, en une offre de services incomplets et de moindre qualité. L'implantation progressive d'un système public universel largement fondé sur les SSP, comme ce fut le cas au Brésil, n'a pas empêché le développement d'un système privé fort, lequel offre des services complexes et coûteux à une partie très limitée de la population, et ce, au détriment du système public qui peine, en raison de la qualité moindre des services, à conserver l'appui des classes moyennes (Saillant et coll., chapitre 3 ; Ferreira, 2008). Dans l'ensemble, la mise en œuvre de SSP dans de nombreux pays qu'a soutenue et que continue de soutenir l'OMS n'est parvenue ni à réduire les inégalités sanitaires ni à contrer l'exclusion d'une frange importante de la population mondiale des avancées technologiques et scientifiques (Clément et Édouard, chapitre 4). Pour reprendre les termes d'Amartya Sen : « L'égalité réelle exige des mesures particulièrement étendues et complexes lorsqu'il s'agit de contrarier un lourd héritage d'inégalité » (2002 : 17-18).

Les critiques formulées par les auteurs au terme de leur examen des actions déployées pour lutter contre l'exclusion sociale nous amènent également à aborder la question de la place accordée à la (re)distribution et, par conséquent, à la réduction des inégalités économiques. Le plus souvent centrées sur la prestation de services, les luttes à l'exclusion font pour ainsi dire l'impasse sur cette question ou la traitent de façon singulière. Par exemple, Pelchat et Thomassin (chapitre 2) ont avancé que le New Labour n'a accordé, dans sa lutte à l'exclusion, qu'une place marginale aux inégalités économiques. Dans cette lutte, la redistribution des richesses et des revenus passe davantage par la prestation de services auxdits exclus que par des mesures fiscales, des législations sur le salaire minimum ou des prestations sociales. Le financement des services et l'assistance au profit des populations les plus défavorisées sont assimilés au développement économique, à la production des richesses, à la gestion des patrimoines et des fortunes, aussi inégalitaires soient-ils. Pour reprendre les termes de Borgetto, « il s'agit ni plus ni moins de donner,

dans le même temps où sont combattues certaines inégalités réelles, une pleine et entière *légitimité* à d'autres inégalités tout aussi réelles » (2000 : 132, en italique dans le texte). Loin d'être vues comme relevant de l'injustice, les inégalités de revenus et de fortune peuvent ainsi être considérées comme un moyen de favoriser une plus grande justice sociale, notamment en permettant de financer les services aux populations démunies.

Prises ensemble, ces critiques font ressortir un trait marquant de certaines façons de penser l'exclusion sociale et d'agir sur elle. Lorsqu'elle s'appesantit sur lesdits exclus, la pensée sur l'exclusion s'accompagne, sinon d'une évacuation totale, du moins d'une représentation particulière des rapports sociaux. Ce qui change dans les sociétés contemporaines, affirme Karsz (2004 : 164), « ce n'est pas le rapport social à l'œuvre, mais la représentation qu'on en a ».

L'EXCLUSION, UN RAPPORT SOCIAL EN SOI

Notre analyse des politiques de lutte à l'exclusion révèle que le recours à la notion d'exclusion sociale sert davantage à désigner des populations vulnérables et des situations de dénuement profond (des individus ou des groupes d'individus auxquels on attribuera le vocable d'« exclus ») qu'à dire l'*acte* d'exclure. La question de l'exclusion, c'est d'abord la question des exclus. L'exclusion n'y est donc pas vue comme un rapport social en soi. Cette position n'est pas propre aux concepteurs de politiques et de programmes ou aux intervenants. Bon nombre de chercheurs, formés aux sciences sociales ou aux sciences de la santé, l'adoptent également. Non pas que les rapports sociaux ne soient pas évoqués, mais ceux-ci sont, plus souvent qu'autrement, conceptualisés comme des facteurs explicatifs de l'exclusion ou comme des *déterminants* dans le « processus » conduisant à l'exclusion.

La question du « processus » mérite d'ailleurs que l'on s'y attarde un instant puisqu'elle a largement servi à légitimer le recours à la notion d'exclusion. La pauvreté renverrait à un « état », alors que l'exclusion renverrait à un « processus ». Toutefois, il est loin d'être certain que l'insistance sur le processus soit parvenue à engendrer des analyses portant sur les rapports sociaux (McAll, 2008 ; Pelchat et Thomassin, 2008). Elle a, nous semble-t-il, plutôt donné lieu à des analyses visant à reconstituer des trajectoires personnelles, c'est-à-dire « la succession des positions sociales occupées par l'individu dans l'enveloppe spatio-temporelle. [...] à chaque « moment » de son existence, l'individu est

inscrit à la fois dans un champ professionnel, sociofamilial, mais aussi spatial (par la résidence) » (Da Cunha, 2004 : 41). L'analyse du processus signifie alors : « Décrire ces trajectoires, mais aussi [...] identifier les éléments déclencheurs (perte d'emploi, séparation, maladie, etc.) d'un processus de désaffiliation, ainsi que les facteurs protecteurs ou fragilisants (formation, âge, passé assistantiel, etc.) » (*ibid.*).

La pensée contemporaine sur l'exclusion sociale apparaît fortement ancrée dans un cadre d'analyse centré sur l'individu ou les groupes d'individus : des individus dont il s'agit d'évaluer les ressources et les capitaux économiques, relationnels et culturels, des individus dont on doit décrire les conditions d'existence, établir les trajectoires, ou documenter l'expérience vécue (Da Cunha, 2004). La thématique de l'exclusion met en scène des individus, elle peine à inclure les rapports sociaux, ces rapports de subordination, de domination, d'exploitation, qui, par l'assignation de positions différenciées, entraînent un accès inégalitaire aux ressources matérielles et symboliques.

Comment et pourquoi réintroduire les rapports sociaux dans la thématique de l'exclusion ? Précisons d'abord ce que nous entendons par rapport social, car ce concept semble avoir eu un parcours similaire à celui d'exclusion ; lui aussi a « échappé à l'usage des seuls sociologues » (Soulet, 2004b : 10). Pour ce faire, nous proposons un détour par une métaphore qui a émergé des travaux du Collectif pour une Québec sans pauvreté, celle des « escaliers roulants ». Cette métaphore sert précisément à rendre compte des positions inégales dans lesquelles se trouvent différents groupes tout en évitant de lier ces positions différenciées à des performances individuelles. Ce faisant, elle permet de réintroduire l'idée même de rapport social. Vivian Labrie retrace l'histoire de cette métaphore dans les termes suivants :

L'image de l'échelle sociale revient constamment dans les travaux du groupe⁸. Après quelques semaines de rencontres, il se produit un déclic. La société n'est pas vraiment faite comme une échelle, amène une participante, mais comme un palier d'où partiraient un escalier roulant qui descend et un escalier roulant qui monte. C'est tout à fait ça. Les liens se font rapidement autour de cette image. Vivre la pauvreté, c'est comme se trouver en bas de l'escalier qui descend et de se faire dire de monter par des gens qui sont dans l'escalier qui monte. La simplicité et l'exactitude du concept impressionnent, Plusieurs en parlent et en

8. Il s'agit d'un groupe d'une douzaine de personnes dont les revenus annuels sont inférieurs à 30 000\$ et qui s'est donné pour mandat d'alimenter la réflexion du Collectif pour un Québec sans pauvreté sur la question des besoins essentiels (Labrie, 2008)

reparlent. La semaine suivante a lieu le troisième déjeuner annuel avec les parlementaires. Informées de l'image, les personnes en situation de pauvreté présentes décident d'en faire le cœur de leur déclaration aux parlementaires. [...] Au lieu de vous acharner à nous faire monter des escaliers qui descendent, occupez-vous des escaliers, dit en substance la déclaration (Labrie, 2008 : 29).

L'existence de mécanismes structurants et leur influence sur les positions occupées par chacun (ce que recouvre l'idée même de rapport social) sont, dans cette métaphore, représentées par l'existence de deux types d'escaliers : des escaliers roulants qui montent (et donc qui accélèrent la montée de ceux qui s'y trouvent) et des escaliers roulant qui descendent (et donc qui viennent ralentir la montée de ceux qui s'y trouvent). Dès lors, la transformation des rapports sociaux exige une action sur ces mécanismes structurants (représentées ici par la direction ascendante ou descendante de l'escalier roulant).

Faire de l'exclusion un rapport social, et non seulement une conséquence d'un cumul de désavantages ou un « processus » rendant compte d'une suite d'échecs d'insertion ou d'intégration, demande également à ce que l'on précise ce qu'exclure veut dire. Ailleurs, nous avons proposé de définir l'exclusion comme un « déni de parité de participation » (Pelchat et Thomassin, 2008), une expression utilisée par Nancy Fraser pour désigner des pratiques qui touchent autant la sphère économique que la sphère symbolique. Ces pratiques sont potentiellement multiples : tantôt pratiques systématiques de marginalisation économique qui confinent des travailleurs et des travailleuses dans des emplois pénibles ou mal payés, tantôt pratiques de désengagement, partiel ou total, du financement des institutions publiques, au moyen de différents « ajustements » fiscaux ; tantôt pratiques autoritaires de représentation et d'interprétation de « la réalité » qui invalident des savoirs divergents et concurrents, tantôt pratiques dépréciatives et stéréotypées de groupes sociaux.

Si l'on suit cette piste, combattre l'exclusion sociale et les inégalités qui en découlent appelle une lutte sur deux fronts : une lutte contre la subordination économique et une lutte contre le déni de reconnaissance (ou subordination statutaire). La première exige de combattre « les dispositions sociales qui institutionnalisent le dénuement, l'exploitation et les fortes disparités dans la fortune, le revenu et le temps de loisirs, lesquelles dénie à certains les moyens et les chances d'interagir en tant que pairs avec les autres » (Fraser, 2005 : 54). La seconde s'attaque, pour sa part, aux « normes et [aux] significations institutionnalisées » qui, en raison, de l'origine ethnique, du genre, de l'orientation

sexuelle, etc. définissent des positions sociales qui dénie le statut de partenaires à part entière dans l'interaction (*ibid.* : 82). Cette lutte est donc bidimensionnelle en ce qu'elle englobe à la fois des revendications de « redistribution » pour combattre la subordination économique, et de « reconnaissance » pour combattre la subordination statutaire (Fraser, 2005).

Les contributions regroupées dans cet ouvrage ont révélé que les façons de penser l'exclusion sociale et les actions déployées pour la contrer se sont centrées sur les *effets induits* par les rapports sociaux et non sur les rapports sociaux eux-mêmes. Ce faisant, elles tendent à faire oublier le rapport de force et les conflits d'intérêt entre ceux qui sont qualifiés d'exclus, ou à risque de l'être, et ceux qui ne le sont pas. Certes, les victimes sont vues comme « le produit de facteurs économiques, politiques et sociaux, mais concrètement leur existence semble provenir d'un accident de parcours » (Soulet, 1998, cité dans Soulet, 2004a : 28). L'invisibilité des rapports hiérarchiques entre groupes sociaux participe d'une certaine tendance à la « dépolitisation » (Lopez, 2008) ou à la « naturalisation du social » ; tendance qui consiste « à lire le social autour d'une opposition chance/malchance » (Soulet, 1998, cité dans Soulet, 2004 : 28) et qui ne laisse voir que des « victimes », mais pas de « coupables » (*idem*). L'« adversaire » – au sens que lui attribue Chantal Mouffe (2003 : 149), c'est-à-dire « l'opposant avec qui l'on partage une allégeance commune aux principes démocratiques de liberté et d'égalité, tout en étant en désaccord sur le sens à leur accorder » – y est pour ainsi dire absent⁹. Les situations de pauvreté et de dénuement, les inégalités sociales, ne sont pas vues comme le fait de rapports hiérarchiques entre groupes sociaux, mais comme un fait de la nature, d'une infortune ou d'un cumul de revers dont les acteurs sociaux seraient absents (Shklar, 1990).

Cette façon de penser l'exclusion et d'agir sur elle soulève une question fondamentale, celle de la subjectivation politique, c'est-à-dire des possibilités d'énonciation et de négociation de ce qui paraît souhaitable pour l'avenir sur la base de principes tiers, ceux de liberté, d'égalité et de justice (Hansotte, 2002). C'est la formulation de nouvelles

9. À ce sujet Mouffe soutient qu'« une politique démocratique suppose [...] que les autres soient vus non comme des ennemis à abattre, mais bien comme des adversaires dont les idées peuvent être combattues, parfois avec acharnement, sans que jamais, cependant, leur droit à les défendre puisse être mis en question. [...] Une telle confrontation entre adversaires [...] est le signe d'une démocratie robuste » (2003 : 149).

exigences de justice sociale et, conséquemment, la transformation des rapports sociaux, qui est ici en jeu. De fait, soutient Emmanuel Renault, l'atteinte d'une plus grande justice sociale ne devient possible que si des groupes d'acteurs refusent une situation particulière, qu'ils la ressentent, la voient et la décrivent comme étant de l'ordre de l'insupportable et que leur prise de parole ouvre sur « une revendication adressée à des institutions ou à des groupes sociaux » (Renault, 2004 : 108) ; ces institutions et ces groupes qui, pour reprendre les termes de Fraser, font précisément obstacle à la « parité de participation ».

L'apparente absence d'adversaires qui caractérise la pensée contemporaine sur l'exclusion, constitue un obstacle majeur à l'émergence de dynamiques revendicatives orientées vers la transformation des rapports sociaux. La production de telles dynamiques – et d'actions qui les accompagnent – est en effet fonction d'un « travail de légitimation et d'imputation de responsabilité » (Renault, 2004 : 94). Ce travail suppose : « d'une part, d'*identifier* une situation sociale comme *injuste*, d'autre part, d'*attribuer* des causes à l'*injustice* et d'assigner des responsabilités à d'autres groupes sociaux, et enfin, de *projeter* une *transformation* de la situation (Renault, 2004 : 95, en italique dans le texte).

C'est précisément la conjonction de ces composantes qui semble avoir fait défaut aux conceptions et aux divers usages de la notion d'exclusion qui ont eu cours jusqu'à présent. Les politiques de lutte à l'exclusion sociale – et les connaissances qui alimentent ces politiques ou qui sont alimentées par elles – ont en effet servi davantage à désigner des populations vulnérables et des situations de dénuement profond qu'à dire l'acte d'exclure, qu'à débusquer les situations de déni de parité de participation. De façon générale, le langage de l'exclusion propose une lecture « horizontale » de la société et des inégalités qui met l'accent sur les populations « à intégrer » et non une lecture « verticale » qui attirerait l'attention sur les rapports de subordination économique et statutaire. Les rapports hiérarchiques entre groupes sociaux y sont rendus invisibles et les modes d'intervention qui s'ensuivent consistent, pour une large part, à *panser* lesdits exclus, notamment en leur donnant accès à des services de différentes natures dans le but de les aider à sortir de « leur » exclusion (Pelchat et Thomassin, 2008). Comme l'a bien résumé Pedro Barata (2000), il s'agit d'une conceptualisation de l'exclusion sociale dont la portée transformatrice est faible en ce qu'elle accorde peu de place aux pratiques instituées, plaçant plutôt lesdits exclus au centre de l'analyse et de l'intervention et cherchant des façons d'améliorer leur intégration à la société dominante.

Une conceptualisation « forte » de l'exclusion ne peut, nous semble-t-il, faire l'économie d'un repérage et d'une analyse des pratiques qui excluent ; elle doit être orientée vers la recherche d'actions susceptibles de transformer les rapports marqués par un déni de parité. Adopter cette perspective, c'est aussi travailler à construire la légitimité de la lutte à l'exclusion dans les termes de l'injustice et non dans ceux de la psychologie, comme tendent à le faire certaines approches de l'exclusion qui mettent l'accent sur les trajectoires individuelles et sur ce qu'elles procurent de souffrance, de perte d'estime de soi et de confiance en soi. En effet, pour Fraser, la redistribution et la reconnaissance doivent être pensées, moins comme une réponse à « un besoin humain en soi » (2005 : 55) et davantage comme des dimensions constitutives de la justice sociale. Le déni de parité de participation, qu'il se manifeste par une distribution inique des richesses et des emplois ou par la non-reconnaissance ou le mépris, doit être conceptualisé comme une injustice et non simplement comme un obstacle à la réalisation de soi.

Quand on identifie déni de reconnaissance et déformation de la structure de la conscience de soi de l'opprimé, il ne manque qu'un pas pour en arriver à blâmer la victime [...] le déni de reconnaissance est affaire de manifestations publiques et vérifiables d'obstacles au statut de membres à part entière de la société imposés à certaines personnes, et ces obstacles sont moralement indéfendables, qu'ils distordent ou non la subjectivité (Fraser, 2005 : 50-51).

Une telle approche de l'exclusion est nécessaire pour soutenir les dynamiques revendicatives, c'est-à-dire la mise en place *simultanée* de « revendications de redistribution » et de « revendications de reconnaissance » qui amènent les pouvoirs publics à reconnaître les situations d'injustice et à agir sur elles. Elle est essentielle pour que deviennent imaginables, conceptuellement et concrètement, d'autres façons de soutenir un renouvellement du projet de réduction des inégalités et d'engager une « transformation légitime de l'ordre juridique et social existant » (Renault, 2004 : 34). Impossible en effet de penser ce renouvellement sans effectuer un travail de signification autour de la notion d'exclusion, sans mener une lutte constante à une certaine « naturalisation du social », sans « repenser certaines de nos habitudes de pensée » (Karsz, 2004, quatrième de couverture).

Dans les paragraphes qui suivent, nous examinons la façon dont notre réflexion sur les usages de la notion d'exclusion peut instruire un champ d'intervention spécifique de l'action publique, celui de la santé. La notion d'exclusion sociale est-elle d'un quelconque secours pour expliquer la présence de populations qui, privées de ressources

adéquates, voient leur état de santé se dégrader ? Est-elle d'un quelconque secours pour définir des actions qui peuvent contribuer à prévenir la prévalence de telles situations ?

REPENSER LA QUESTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

De façon générale, les énoncés de politiques de santé, notamment dans les pays membres de l'Union européenne, n'ont eu recours que de façon marginale à la notion d'exclusion sociale, lui préférant largement celles d'inégalités sociales de santé et de déterminants sociaux de la santé. Les quelques tentatives entreprises à ce jour pour définir le rôle du système de santé dans la lutte à l'exclusion sociale (Tamsma et Berman, 2004) demeurent peu explicites quant à la portée de cette notion. De façon générale, l'exclusion sociale et la santé y sont simplement placées dans un rapport d'association bidirectionnel (Pelchat et Thomassin, 2008). D'un côté, on souligne que l'exclusion vient affecter négativement l'état de santé (la notion prend alors, au même titre que la pauvreté, un statut similaire à celui de déterminant social ou de facteur social). De l'autre, on précise qu'une mauvaise santé augmente les risques d'exclusion (la notion sert alors à dire le « coût social » de la mauvaise santé, légitimant ainsi les fonds investis dans les programmes de prévention et les services de santé).

Ci-dessus, nous avons soutenu que pour être en mesure d'apporter une contribution significative au projet de réduction des inégalités sociales – qui se manifestent par des écarts considérables dans les revenus et les biens, les taux de chômage, l'accès à l'éducation et au logement, mais aussi dans l'accès aux services de santé et dans l'état de santé lui-même –, l'exclusion sociale devait être conceptualisée comme un rapport social en soi. Dès lors, ce rapport – ces pratiques « excluantes » – doit être placé au centre des procédures d'investigation et des dynamiques de revendication.

Dans le domaine de la santé, comme dans les autres domaines de l'action publique, cette nouvelle conceptualisation oblige à déplacer le regard, à faire en sorte qu'il se pose sur les institutions et les acteurs qui y interviennent, ceux-là mêmes que le recours aux vocables « déterminants sociaux », « facteurs sociaux », « facteurs structurels » contribue à rendre invisibles. Il est essentiel que le regard ne soit pas que dirigé vers ces populations qualifiées d'exclues, leurs « manques » et leurs « vulnérabilités » et qu'il soit également orienté vers « les groupes dominants ou avantagés, révélant la spécificité de ceux-ci, faussement

étalée comme universelle » (Fraser, 2005 : 56). Il s'agit bien, pour reprendre la métaphore des escaliers roulants, de porter une attention particulière aux mouvements des escaliers eux-mêmes et aux acteurs qui les actionnent.

Retisser les liens entre exclusion et « acte d'exclure » exige donc de regarder dans les replis et les recoins de pratiques diverses pour voir dans quelle mesure elles contribuent à installer une plus grande parité de participation. Dans le domaine de la santé, les pratiques d'élaboration de politiques et de programmes, d'intervention ou encore de production de connaissances sont autant de lieux où peuvent être débusquées des « manifestations publiques et vérifiables d'obstacles au statut de membres à part entière de la société imposés à certaines personnes » (Fraser, 2005 : 51). Les textes réunis dans cet ouvrage en ont donné de nombreux exemples ; ils ont ainsi montré que les obstacles à la parité de participation sont parfois parties prenantes de la relation d'assistance.

Mettre en lumière les dénis de parité sur le plan économique ou symbolique, qui souvent se cumulent et se renforcent, constitue l'une des conditions pour que le projet de réduction des inégalités de santé ouvre sur autre chose que des « réformes » dans la prestation de services visant à produire des services plus adaptés, pour que la relation d'assistance aux dits exclus ne soit plus la seule voie privilégiée et imaginable de sortie de « leur » exclusion.

Travailler à la réduction des inégalités de santé demande, entre autres, de se pencher sur les actions des groupes privilégiés à l'endroit des autres membres de la société, par exemple, sur les formes diverses de désengagement des uns vis-à-vis des autres, notamment au moyen de mesures fiscales qui accentuent les inégalités de revenus et contribuent à réduire le financement des systèmes publics de santé (Giddens, 2002). Nous devrions, comme l'a déjà rappelé Labonte (2004 : 120), porter une plus grande attention aux « règles socioéconomiques et [aux] pouvoirs politiques qui créent les groupes d'exclus et leurs conditions ainsi qu'aux groupes sociaux qui en bénéficient ». Dans sa forme actuelle, le langage de la santé publique parvient difficilement à rendre visibles de telles pratiques. On dit beaucoup sur l'état de santé des populations démunies et vulnérables, on évoque la nécessité d'une plus grande justice sociale, mais on dit peu sur ces pratiques qui transportent avec elles des situations d'injustice.

Le renouvellement du projet de réduction des inégalités de santé, et des inégalités sociales qui y sont associées exige donc de se distancier d'une double tendance : d'une part, celle qui consiste à parler de l'exclusion sociale en ne laissant voir que les personnes qui, sur la base de certaines variables socioéconomiques, seront regroupées dans une catégorie : les « exclus » ; d'autre part, celle qui consiste à faire de l'offre de soins et de services « adaptés » la pierre angulaire de la lutte à l'exclusion et aux inégalités sociales. Travailler à la réduction des inégalités de santé constitue une vaste entreprise qui ne saurait se limiter à une « nosographie des exclus » (Maisondieu, 1997), même si celle-ci peut être motivée par l'élaboration et la mise en œuvre de services plus adaptés à leurs besoins. Dit autrement, le projet de réduction des inégalités de santé doit éviter de n'emprunter que le « chemin court » qui ferait de l'exclusion une simple « variable indépendante » construite à partir d'indicateurs socioéconomiques et sur laquelle le système de santé n'aurait que peu de prise. Le cas échéant, on pourrait en effet s'interroger sur la contribution véritable du langage de l'exclusion. Parvient-il à révéler autre chose que ne le ferait une analyse des déterminants sociaux de la santé ? À ce « chemin court », nous avons tenté de proposer une solution de rechange en liant la lutte à l'exclusion à ce que Fraser (2002) a qualifié de « pivot normatif » de la justice sociale, soit la parité de participation. Qu'il soit d'ordre symbolique ou économique, le déni de parité est susceptible de traverser les pratiques les plus diverses, dont celles qui contribuent à faire de la relation d'assistance aux populations démunies la voie privilégiée pour réduire les « inégalités sociales de santé ». L'amélioration de l'état de santé des populations parfois qualifiées d'exclues et une offre de services et de soins de plus en plus « adaptés » constituent des objectifs incontestables. Toutefois, leur atteinte ne saurait être directement assimilée à la réduction des inégalités sociales qu'engendre le rapport social d'exclusion, un rapport avant tout marqué par un déni de parité.

* * *

Les critiques formulées dans le présent ouvrage à l'endroit des actions déployées pour contrer l'exclusion sociale font de l'assistance aux dits exclus une avenue en tension constante : à la fois passage et impasse, à la fois protection et subordination. Elles viennent ainsi rappeler, avec justesse, que si l'assistance est la principale voie imaginée

par l'action publique, elle ne saurait être vue comme la seule voie imaginable. Trop de risques, de dérives et d'enjeux y sont associés.

Si le langage de l'exclusion a certainement contribué à exposer des conditions de vie que plusieurs s'entendent pour dire qu'elles sont inacceptables et intolérables, il est moins certain que ce langage soit parvenue à attirer l'attention sur les rapports hiérarchiques entre groupes sociaux et sur les mécanismes qui entraînent le dénuement de certains d'entre eux. Au contraire, tout porte à croire qu'elle aurait plutôt eu tendance à gommer les rapports sociaux et leur conflictualité, offrant une représentation horizontale de la société où n'existent, pour reprendre la métaphore utilisée par le Collectif pour un Québec sans pauvreté, que des échelles à gravir ou des espaces à intégrer : ni escaliers roulants, ni acteurs responsables de la vitesse et du sens de leur roulement.

Pour soutenir un renouvellement de la pensée et de l'action en matière de justice sociale, le terme « exclusion » doit servir à qualifier non pas un individu ou un groupe d'individus et son état, mais un rapport social, dont l'un des effets observables est la pauvreté. La pauvreté devient alors un effet (parmi d'autres) de l'exclusion sociale, c'est-à-dire d'un rapport social marqué par un déni de parité et par des pratiques qui maintiennent l'écart et la distance. Il apparaît essentiel de rappeler, à l'instar de Karsz (2004b : 25) que « [l']exclusion a à voir avec des gens qui vont « mal », mais elle a aussi à voir – *à part égales* – avec des gens qui vont bien et qui tiennent à le faire savoir. L'exclusion a à voir avec l'insertion des insérés, avec leur bonne conscience » (en italique dans le texte).

Le présent ouvrage plaide en faveur d'une exploration plus approfondie des pratiques d'exclusion qui engendrent les conditions de vie délétères. Il incite à imaginer des façons radicalement différentes de poser la question des inégalités sociales et des disparités de santé qui y sont associées. Il s'agit là d'un défi majeur et d'un exercice exigeant, aussi bien pour les milieux scientifiques que pour les milieux de pratique. Il invite à poser des questions cruciales, des questions qui dérangent et déroutent parfois, précisément parce que nous n'entrevoions pas dans l'immédiat de réponses qui nous semblent adéquates (Labonte, 2004). Toutefois, en l'absence d'un tel exercice, il y a fort à parier que la réduction des inégalités de santé demeurera prisonnière d'une approche de prestation de services qui ne produira guère plus que la diminution des *effets* délétères des pratiques d'exclusion. Le vocabulaire de l'exclusion

sociale peut sans doute être porteur d'un renouvellement de l'action publique, mais à la condition de refuser que cette notion soit délestée de toute « contrepartie excluante ». En effet, si elle devenait la seule imaginable, une conception de l'exclusion qui ne mettrait en scène que des « exclus » viendrait limiter considérablement la portée des actions mises en œuvre pour combattre les inégalités.

RÉFÉRENCES

- Atkinson, R. et S. Davoudi (2000), « The Concept of Social Exclusion in the European Union : Context, Development and Possibilities », *Journal of Common Market Studies*, vol. 38, n° 3, p. 427-448
- Barata, P. (2000), « *Social Exclusion in Europe. Survey of Literature*, Toronto, The Laidlaw Foundation.
- Berghman, J. (1995), « Social Exclusion in Europe : Policy Context and Analytical Framework », dans G. Room (dir.) *Beyond the Threshold. The measurement and analysis of social exclusion*, Bristol, The Policy Press, p. 10-28.
- Blair, T. (2002 [1998]), « La Troisième Voie. Une politique nouvelle pour le nouveau siècle » dans A. Giddens et T. Blair, *La Troisième Voie. Le renouveau de la social-démocratie*, Paris, Éditions du Seuil, p. 225-258.
- Borgetto, M. (2000), « Équité, égalité des chances et politique de lutte contre les exclusions » dans G. Koubi et G.J. Guglielmi (dir.) *L'égalité des chances : analyses, évolutions, perspectives*, Paris, Éditions la Découverte, p. 115-138.
- Burchardt, T., J. Le Grand et D. Piachaud (1999), « Social Exclusion in Britain 1991-1995 », *Social Policy and Administration*, vol. 33, n° 3, p. 227-245.
- Byrne, D. (2005), *Social Exclusion*, Berkshire, Open University Press (2^e édition).
- Châtel V. et M.-H. Soulet (2002), « L'exclusion, la vitalité d'une thématique usée », *Sociologie et Sociétés*, vol. XXXIII, n° 2, p. 175-202.
- Da Cunha, A. (2004), « Pauvreté et exclusion sociale : des concepts à leur mesure, une approche plurielle » dans M.-H. Soulet (dir.) *Quel avenir pour l'exclusion ?*, Fribourg, Academic Press Fribourg, p. 29- 43.
- Evans, M. (1998), « Behind the Rhetoric : The Institutional Basis of Social Exclusion and Poverty », *IDS Bulletin*, vol. 29, n°1, p. 42-49.
- Ferreira, J. (2008), « Inégalité, équité et accès aux soins. Les dilemmes liés à l'universalisation du système de santé publique au Brésil » dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 139-150.
- Fraser, N. (2005), *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, Éditions La Découverte.
- Gagnon, É., Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

- Giddens, A. (2002 [2000]), « La Troisième Voie et ses réponses aux critiques » dans A. Giddens et T. Blair, *La Troisième Voie. Le renouveau de la social-démocratie*, Paris, Éditions du Seuil, p. 165-222.
- Giddens, A. (2002 [1998]), « La Troisième Voie. Le renouveau de la social-démocratie » dans A. Giddens et T. Blair, *La Troisième Voie. Le renouveau de la social-démocratie*, Paris, Éditions du Seuil, p. 19-162.
- Gillies, V. (2005), « Raising the « meritocracy » : Parenting and the individualization of social class », *Sociology - the Journal of the British Sociological Association*, vol. 39, p. 835-853.
- Gordon, D. et coll. (2000), *Poverty and social exclusion in Britain*, York, Joseph Rowntree Foundation.
- Hansotte, M. (2002), *Les intelligences citoyennes. Comment se prend et s'invente la parole collective*, Bruxelles, Éditions De Boeck Université.
- Jehoel-Gijsbers, G. et C. Vrooman (2004), *L'exclusion sociale aux Pays-Bas. Construction d'un modèle de facteurs de risques en matière de pauvreté et d'exclusion sociale*, Troisième table ronde sur la pauvreté et l'exclusion sociale, 18-19 octobre 2004, Rotterdam.
- Jenson, J. (2000), « Le nouveau régime de citoyenneté du Canada : investir dans l'enfance », *Lien social et politique*, n° 44, p. 11-23.
- Karsz, S. (dir.) (2004a), *L'exclusion, définir pour en finir*, Paris, Dunod.
- Karsz, S. (2004b), « Vous avez dit 'exclusion' ? » dans M.-H. Soulet (dir.) *Quel avenir pour l'exclusion ?*, Fribourg, Academic Press Fribourg, p. 17- 28.
- Krieger, N. et A.-E. Birn (1998), « A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health : Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848 », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 11, p. 1603-1606.
- Labonte, R. (2004), « Social inclusion/exclusion : dancing the dialectic », *Health Promotion International*, vol. 19, p. 115-121.
- Labrie, V. (2008), « Faisons-le et ça se fera ! Histoire d'une affiche et d'un mouvement citoyen vers un Québec sans pauvreté » dans Collectif pour un Québec sans pauvreté, *Tenir parole ! Trajectoires et paroles citoyennes autour d'une affiche*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 18-31.
- Lanzarini, C. (2008), « Dégradations corporelles, organisation de survie et éclipse institutionnelle » dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 221-237.
- López, J. J. (2008), « Inclusion/exclusion à l'ère du postpolitique », dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 55-68.
- Maisondieu, J. (1997), *La fabrique des exclus*, Paris, Bayard.
- McAll, C. (2008), « Au cœur des inégalités sociales de santé. L'exclusion et l'inclusion comme rapports » dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p.15-26.

- Mouffe, C. (2003), « Le politique et la dynamique des passions », *Politique et Sociétés*, vol. 22, n° 3, p. 143-154.
- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2006) *Le rapport de L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2005-2006*, Paris, La Documentation Française.
- Pelchat, Y. et A. Thomassin (2008), « Panser les exclus, penser l'exclusion » dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 27-40.
- Renault, E. (2004), *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*, Paris, Éditions La Découverte.
- Roy, S. (2008), « De l'exclusion à la vulnérabilité. Continuité et rupture » dans V. Châtel et S. Roy (dir.) *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 13-34.
- Roy S. et M.-H. Soulet (2001), « Présentation », *Sociologie et sociétés*, vol. XXXIII, n° 2, p. 3-11.
- Saint-Martin, D. (2000), « De l'État-providence à l'État d'investissement social : Un nouveau paradigme pour enfant-er l'économie du savoir ? » dans L.A. Pal (dir.), *How Ottawa Spends 2000-2001 : Past Imperfect, Future Tense*, Toronto, Oxford University Press, p. 33-58.
- Sen, A.K. (2002), *Repenser l'inégalité*, Paris, Éditions du Seuil
- Shklar, J. N. (1990) *The Faces of Injustice*, New Haven, Yale University Press.
- Soulet, M.-H. (2004a), « Production du sujet et mal-intégration » dans H. Poltier, A. M. Guénette et A.-M. Henchoz, *Travail et fragilisation. L'organisation et le management en question*, Lausanne, Éditions Payot, p. 17-38.
- Soulet, M.-H. (2004b), « Au-delà de l'exclusion » dans M.-H. Soulet (dir.) *Quel avenir pour l'exclusion ?*, Fribourg, Academic Press Fribourg, p. 9-16.
- Tamsma, N. et P.C. Berman (2004), *The role of the Health Care Sector in tackling poverty and social exclusion in Europe*, European Health Management Association, Dublin et Bruxelles.
- Thelen, L. (2008), « La dualité institutionnelle face au manque de supports sociaux des personnes sans-abri » dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard (dir.) *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 203-220.