

# Les origines sociales des inégalités de santé en Équateur

Didier Fassin

L'image médiatique de la misère, pour être rentable dans le cadre de l'aide humanitaire, doit être spectaculaire et donc ne livrer que les situations les plus dramatiques. De même, l'orientation stratégique des institutions internationales, pour parer au plus pressé, est de développer en priorité des programmes d'assistance aux populations les plus délaissées. Ces attitudes sont tout à fait légitimes en termes d'efficacité immédiate, mais elles se fondent sur une analyse fautive qui a peu de chances de résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les habitants des pays en développement, sur le long terme. Dans ces conditions, parler d'inégalités, c'est poser de manière différente la question de la pauvreté. La pauvreté n'est pas un trait qualitatif que l'on a ou pas, mais une marque quantifiable que l'on a plus ou moins. Pour montrer concrètement la pertinence sociale et l'importance politique d'un tel déplacement dans une pratique de santé publique, on étudiera ici les inégalités face à la maladie et à la mort en Équateur.

## Variations dans l'espace et le temps

La plupart des travaux sur les inégalités de santé dans le monde se réfèrent à la mortalité [1, 3]. Phénomène le plus objectif en même temps que le plus cruel, la mort se présente toujours de manière différenciée en fonction du lieu où l'on vit et de la classe sociale à laquelle on appartient. L'Équateur n'échappe pas à cette règle. L'espérance de vie à la naissance est aujourd'hui de 62,7 ans pour les hom-

mes et de 67,4 ans pour les femmes (Tableau 1 et figure 1). Mais si l'on analyse les données par provinces, on constate des écarts extrêmes de 26,4 ans pour le sexe masculin et 24,5 pour le sexe féminin (il s'agit des provinces du Pichincha, où se trouve la capitale du pays, et de Zamora Chinchipe, dans la région amazonienne la plus délaissée). Les disparités géographiques constatées s'expliquent à la fois par les contextes environnementaux et par les systèmes économiques.

- La Sierra correspond à la partie andine où la population vit principalement entre 2 000 et 3 000 m d'altitude. Le climat, de type équatorial de montagne, ne permet pas, sauf dans certaines terres basses, le développement d'endémies parasitaires, mais favorise l'extension des épidémies virales. L'économie rurale, héritée de l'époque coloniale, offre le contraste de grandes propriétés (haciendas), situées dans les vallées et faisant surtout de l'élevage, et de petites exploitations appartenant à des paysans indiens (minifundios), généralement localisées sur des terres hautes, facilement dégradées par l'érosion, difficilement irrigables et où sont cultivés des produits destinés pour une part aux besoins familiaux et pour le surplus au marché local. L'industrialisation est limitée à quelques grandes agglomérations, surtout Quito. Cet ensemble de facteurs rend compte à la fois des performances globales de cette région en matière d'espérance de vie (elle est proche de la moyenne nationale) et des fortes inégalités interprovinciales (plus de dix ans entre les provinces du Pichincha et du Chimborazo qui présentent également les taux extrêmes d'analphabétisme).

- La Costa est constituée d'une large bande qui va du littoral pacifique aux

contreforts andins. Le paysage est plat ou vallonné ; le climat est tropical semi-humide ; sauf dans une partie de la frange côtière où il est sec, voire semi-aride, ce qui favorise les parasitoses endémiques, en particulier le paludisme, qui revêt, selon les endroits, des caractères plus ou moins saisonniers. L'économie, qui a connu un important essor dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, est dominée par les grandes plantations de produits destinés à l'exportation, comme le café, le cacao et surtout la banane, dont l'Équateur est le premier exportateur mondial. L'urbanisation atteint des taux élevés dans les provinces du sud, favorisée par la forte migration en provenance des campagnes, notamment des Andes. Région riche et peuplée, la Costa présente ainsi, pour ce qui est des espérances de vie étudiées au niveau provincial, la situation la plus favorable et la plus homogène du pays.

- L'Oriente, enfin, est représenté par la partie équatorienne de l'Amazonie. Le climat est chaud et pluvieux de manière permanente, avec des précipitations annuelles pouvant dépasser 4 000 mm ; la végétation est caractérisée par une forêt tropicale luxuriante. Habitée essentiellement jusqu'à une date récente par des populations indiennes, et encore actuellement trente fois moins densément peuplée que le reste du territoire, cette région fait l'objet d'une double entreprise de développement avec, pour le domaine agricole, une colonisation massive par des paysans sans terres et, pour le secteur industriel, une exploitation des ressources pétrolières découvertes au début des années 70 et qui constituent aujourd'hui le premier poste d'exportation du pays. Soumis à des conditions de vie très dures, dépourvus de système de soins moderne, quasiment

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 34.094 ep 1

Cote : B P45 11

03 JUL. 1991

25

Tableau 1

RÉGIONS Provinces	Taux d'urbanisation (%) 1982	Taux d'analphabétisme (%) 1982	Espérance de vie à la naissance*			
			1960		1983	
			H	F	H	F
<b>SIERRA</b>	45	16	48,3	49,2	61,6	66,8
Carchi	38	11	50,6	50,5	64,0	68,0
Imbabura	37	25	45,1	45,4	58,9	64,3
Pichincha	70	9	55,2	57,1	66,1	71,0
Cotopaxi	15	30	43,5	43,2	56,6	61,4
Tungurahua	37	17	45,0	45,3	62,4	65,7
Bolivar	16	24	46,4	45,4	59,1	63,1
Chimborazo	28	31	44,7	44,7	55,7	60,8
Cañar	16	24	45,1	47,3	58,1	64,3
Azuay	38	16	45,9	48,2	59,6	67,5
Loja	33	12	50,8	51,9	61,6	66,0
<b>COSTA</b>	56	13	47,9	51,1	63,1	67,7
Esmeraldas	48	20	47,0	50,0	60,0	63,0
Manabí	37	21	48,8	52,1	64,6	68,9
Los Rios	33	19	43,6	45,9	60,1	65,0
Guayas	69	9	48,5	52,1	63,5	68,2
El Oro	64	7	48,4	50,6	62,9	67,1
<b>ORIENTE</b>	22	17	40,6	41,0	50,1	53,1
Napo	17	17	44,4	44,5	55,8	55,4
Pastaza	32	18	44,4	44,5	52,7	51,8
Morona Santiago	24	15	39,9	38,0	48,0	51,8
Zamora Chinchipe	23	12	33,8	33,9	39,7	46,5
<b>TOTAL</b>	49	15	51,0	52,6	62,7	67,4

\* Taux ajustés selon la méthode des logits, en années.

Sources : IV Censo de población 1982. Resultados definitivos. Quito : INEC, 1982.  
Delaunay D. La Medida de la mortalidades provinciales en el Ecuador 1954-1985. Quito : CEDIG, 1988.

sans moyens de communication, les habitants des provinces amazoniennes ont les espérances de vie de très loin les plus basses de l'Équateur.

Une analyse en fonction d'autres lignes de partage — comme celles opposant milieux rural et urbain, ou encore les zones d'économie traditionnelle aux zones d'économie moderne — aurait pu être retenue de manière tout aussi pertinente [4, 5].

Une autre lecture des statistiques fait intervenir la dimension temporelle. Si l'on s'en tient à l'espérance de vie à la naissance et aux données provinciales qui sont les seules existantes, on constate que le gain moyen d'années de vie a été de 11,7 ans pour les hommes et de 14,8 ans pour les femmes en un peu moins d'un quart de siècle. Mais si l'on croise cette information avec la dimension spatiale, même assez

grossièrement comme on a pu le voir précédemment, on se rend compte que l'amélioration a été elle aussi inégale : alors que les habitants de la Sierra et de la Costa ont respectivement gagné 13,3 et 15,2 ans pour le sexe masculin, 17,6 et 16,6 ans pour le sexe féminin, les progressions pour les habitants de l'Oriente, déjà les plus mal placés au départ, n'ont été que de 9,5 et 12,1 ans. Il s'agit bien là d'un phénomène très général dans l'histoire récente du Tiers Monde, tant dans les différences entre pays que, pour un même pays, entre zones géographiques ou — lorsqu'il existe des données — entre catégories sociales [6] : les gains observés dans le domaine de la santé au cours des dernières décennies se sont faits de manière inégale, bénéficiant beaucoup plus aux populations favorisées qu'aux autres. Par conséquent, les inégalités ont eu, au cours de cette période, tendance à s'accroître.

S'il n'a été jusqu'à présent question que de l'espérance de vie à la naissance, c'est qu'il s'agit d'un indicateur parlant et pour lequel on dispose en Équateur de données corrigées relativement fiables. Mais on pourrait tout aussi bien étudier d'autres indicateurs de mortalité et mettre ainsi en évidence des phénomènes presque identiques [7] : en particulier, l'amélioration de la situation au niveau global et la tendance à l'aggravation des disparités spatiales apparaissent à la lecture des quotients de mortalité infantile, alors même que les cartes peuvent gommer cet accroissement des écarts en donnant à lire avant tout les progrès sur l'ensemble du territoire (figure 2).

## De l'épidémiologie aux sciences sociales

En Équateur, nombreux sont les travaux qui montrent l'importance des facteurs sociaux dans la genèse des différences face à la maladie et à la mort. Ainsi a-t-on pu établir, à partir des

registres d'état civil et des certificats médicaux de décès à Quito, un lien statistique entre la classe sociale et la mortalité infantile (Tableau 2). De même, lors d'une enquête nationale sur la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans, on a mis en évidence le rôle conjoint du degré d'insertion sociale et du niveau d'instruction de la mère sur la prévalence de la malnutrition parmi les enfants (figure 3). Enfin, l'analyse du registre national des tumeurs fait apparaître une association nette entre le degré de scolarisation des femmes et le stade évolutif auquel elles consultent la première fois pour un cancer du col utérin (figure 4). D'autres illustrations pourraient sans peine être présentées : toutes abondent dans la même direction.

Dans un milieu apparemment homogène sur le plan socio-économique, on trouve encore de grandes différences, et il faut bien faire intervenir d'autres facteurs pour rendre compte de ces faits [8]. La complexité du social le rend en réalité difficile à appréhender par le seul outil statistique de l'épidémiologie : c'est ici qu'interviennent la sociologie et l'anthropologie avec leurs techniques qualitatives. L'observation prolongée et le récit biographique, menés à la fois aux niveaux individuel et collectif, restituent le déterminisme pluriel et la dimension dynamique des inégalités de santé.

Ainsi une histoire de vie en dit-elle parfois plus long sur la façon dont la pauvreté se traduit concrètement dans la vie des personnes qu'une série de tableaux statistiques [9]. Bien qu'il ne soit pas possible ici de présenter dans le détail cette approche, on essaiera de montrer, à travers un simple résumé biographique (voir encadré 1), la richesse de l'information que l'on peut extraire d'une série d'entretiens et de regards sur la vie d'une famille équatorienne de milieu populaire.

Le fait le plus marquant de ce récit — malheureusement banal en Équateur aujourd'hui — est peut-être la très grande mobilité géographique et sociale de cette famille. En quelques années, c'est le passage de la propriété des parents dans la Sierra, devenue



Figure 1. Carte administrative de l'Équateur. D'après Rekaewicz P. *Le Monde Diplomatique* ; août 1990 : 3.

Figure 1. Administrative map of Equador. From Rekaewicz P. *Le Monde Diplomatique* ; août 1990 : 3.

trop petite pour nourrir les douze enfants et leurs familles, à un quartier de Quito, que l'on doit rapidement quitter faute de moyens pour y survivre, puis à la Costa, où les conditions de vie très dures provoquent des maladies qu'il faut faire soigner à la ville. Le retour à ce même quartier de Quito

marque le terme provisoire du parcours. De paysan des Andes, le chef de ménage s'est fait vendeur de primeurs à la ville et agriculteur dans les terres de colonisation de la Côte ; aujourd'hui sans travail, il cherche un emploi de journalier dans la construction. Ces faits traduisent un phéno-

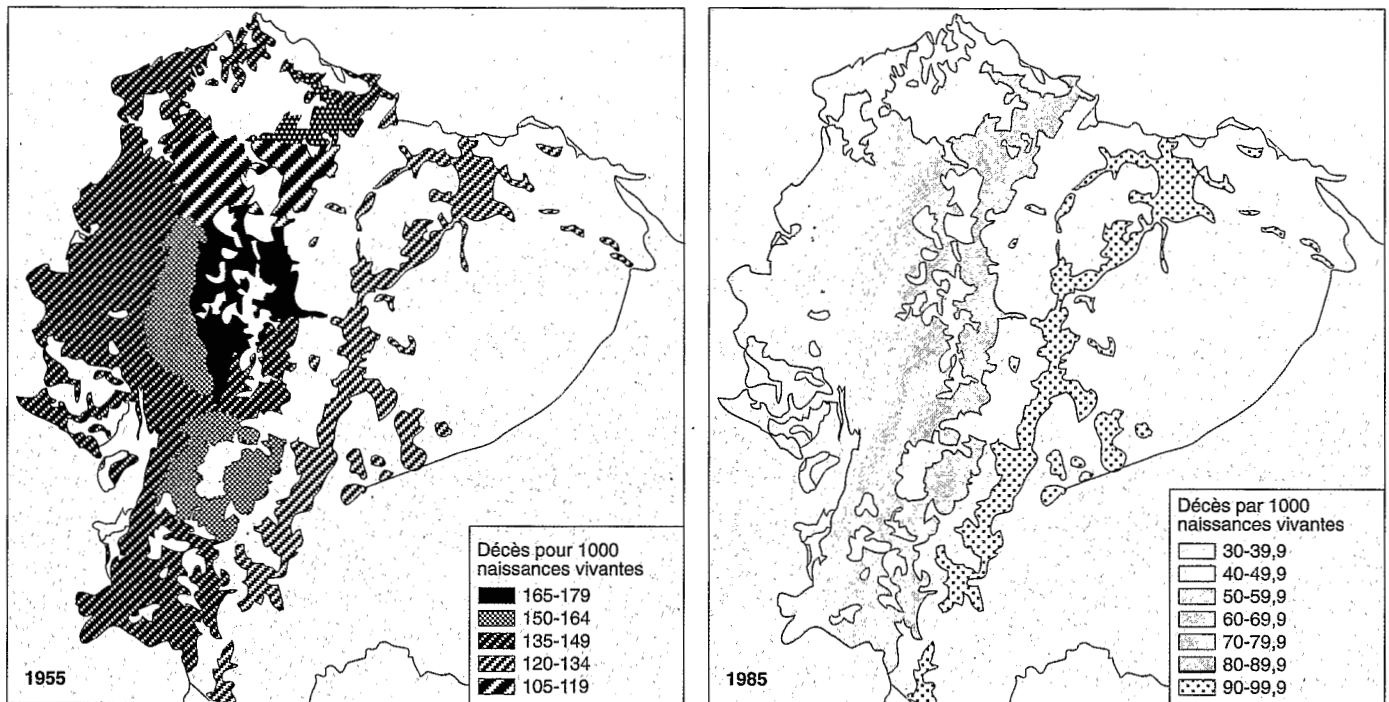


Figure 2. Cartes de la mortalité infantile en 1955 et 1985. D'après Delaunay D. La mortalidad. In : Delaunay D, León JB, Portais M, eds. *Transición demográfica en el Ecuador*. Quito : CEDIG, coll. Geografía Básica del Ecuador, 1990 : 187-257.

Figure 2. Infantile mortality in 1955 and 1985. From Delaunay D. La mortalidad. In : Delaunay D, León JB, Portais M, eds. *Transición demográfica en el Ecuador*. Quito : CEDIG, coll. Geografía Básica del Ecuador, 1990 : 187-257.

mène général : respectivement 30 et 22 % des populations urbaine et rurale recensées en 1982 sont des migrants qui ont quitté pour 27 % la ville et pour 25 % les campagnes [10] : vaste

mouvement démographique qui dépasse largement le cadre des classiques migrations des zones rurales vers les zones urbaines et que déterminent les possibilités non seulement de trou-

ver un emploi, mais aussi et surtout de survivre.

Car, dans le contexte économique actuel, c'est bien de cela qu'il s'agit. Après les années 70 qui, grâce au pétrole, avaient permis la modernisation de l'économie et la mise en route de programmes sociaux, les années 80 ont été celles de la chute des cours des matières premières (dont le pétrole), du remboursement de la dette extérieure, des politiques d'ajustement structurel — situation qui prévaut d'ailleurs dans toute l'Amérique latine, pour laquelle on a pu parler de « décennie perdue ». En Équateur, le salaire minimum réel (c'est-à-dire en tenant compte à la fois des effets de l'inflation et des systèmes de bonification) a plus que diminué de moitié en dix ans : si on lui donne la valeur 100 en 1980, il ne représente plus que 67,5 en 1984, 53,2 en 1988 et 48,1 en 1990, selon les statistiques de la Banque centrale. Lorsque l'on sait que, déjà en 1984, une étude [11], utilisant

## Tableau 2

### Taux de mortalité infantile selon le milieu social des parents à Quito (étude de 1977)

Classe sociale des parents	Mortalité néonatale 0-28 jours*	Mortalité post-néonatale 29 jours-11 mois*	Mortalité infantile < 1 an*
Supérieure (classes aisées)	0,0	0,0	0,0
Intermédiaire (classes moyennes)	13,1	13,0	26,1
Basse (classes pauvres)	22,6	54,2	76,9
TOTAL	19,1	38,7	57,8

\* Taux pour 1 000 naissances vivantes ; n = 1 247 décès.

Source : Breilh J, Granda E, Campaña A, Betancourt O. *Ciudad y muerte infantil*. Quito : Ediciones CEAS, 1987 (première édition 1983).

diverses méthodes de calcul, avait montré que le salaire minimum couvrirait seulement 25 % des besoins minimaux d'un ménage urbain de taille moyenne, on imagine ce que cela signifie six ans plus tard avec un salaire minimum qui a encore diminué de 40 % dans l'intervalle. Pour être plus complet, il faudrait d'ailleurs ajouter que pour certaines professions, comme celle d'employé domestique, le salaire minimum ne représente que 60 % de celui, général, dont il était question

plus haut, et que beaucoup de travailleurs sont embauchés sans contrat, à la journée ou à la semaine, et ne bénéficient donc pas de garantie salariale. Dans ce contexte, l'accès aux soins de la majorité de la population équatorienne est économiquement limité. Si l'on revient au cas précédemment exposé, le coût de la césarienne et des soins au prématuré dans cet hôpital municipal équivaut à cinq mois de salaire minimum, à quoi il faut ajouter, pour la chimiothérapie anticancéreuse dans cette institution privée à but non lucratif, une somme représentant deux mois supplémentaires de

salaire minimum ; encore s'agit-il là de montants très bas comparés à ceux pratiqués dans les cliniques privées où le prix d'une hospitalisation pour césarienne peut atteindre près de deux ans de salaire minimum.

Pas question bien sûr de remboursement : la couverture sociale est très faible, seulement 7 % de la population équatorienne sont affiliés à la Sécurité sociale, ce qui donne droit gratuitement à des consultations, des soins, des médicaments lorsqu'il y en a, mais exclusivement dans les hôpitaux et dispensaires appartenant à cette institution et se trouvant presque toujours

1. Surault P. *L'Inégalité devant la mort. Analyse socio-économique de ses déterminants*. Paris : Economica, 1978.

2. Townsend P, Davidson N. *Inequalities in Health. The Black Report*, suivi de Whitehead M. *The Health Divide*. London : Penguin, 1988 (première édition du Black Report 1982).

3. Pison G, Van de Walle E, Sala-Diakhanka D, eds. *Mortalité et société au sud du Sahara*. Paris : PUF, Cahiers Travaux et Documents de l'INED n° 124, 1989.

4. Deler JP. *Genèse de l'espace équatorien. Essai sur le territoire et la formation de l'État national*. Paris : Institut Français d'Études Andines, 1981.

5. Breilh J, Granda E, Campaña A, Yépez J, Páez R, Costales P. *Deterioro de la vida. Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*. Quito : Corporación Editora Nacional, 1990.

6. Fassin D. Mourir à trente-trois ans. L'espérance inégale. *Agora. Éthique, médecine, société* 1989 ; 13 : 11-8.

7. Delaunay D. *La Medida de las mortalidades provinciales en el Ecuador 1954-1985*. Quito, CEDIG, 1988.

8. Raynaut C. Inégalités économiques et solidarités sociales. Exemples haoussa au Niger. In : Fassin D, Jaffré Y, eds. *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses-AUPELF, 1990 : 136-54.

9. Lewis O. *Les Enfants de Sanchez. Autobiographie d'une famille mexicaine*. Paris : Gallimard, 1963 (première édition américaine 1961).

10. León JB. Migraciones internas 1950-1982. In : Delaunay D, León JB, Portais M. *Transición demográfica en el Ecuador*. Quito : CEDIG, coll. Geografía Básica del Ecuador, 1990 : 75-126.

11. Labastida E de, Vos R. *El Salario y los niveles de vida urbanos en el Ecuador*. Quito : IIES-Universidad Central, 1987.

12. Fassin D. L'État équatorien face aux inégalités de santé. *Problèmes d'Amérique latine*, 1991, sous presse.

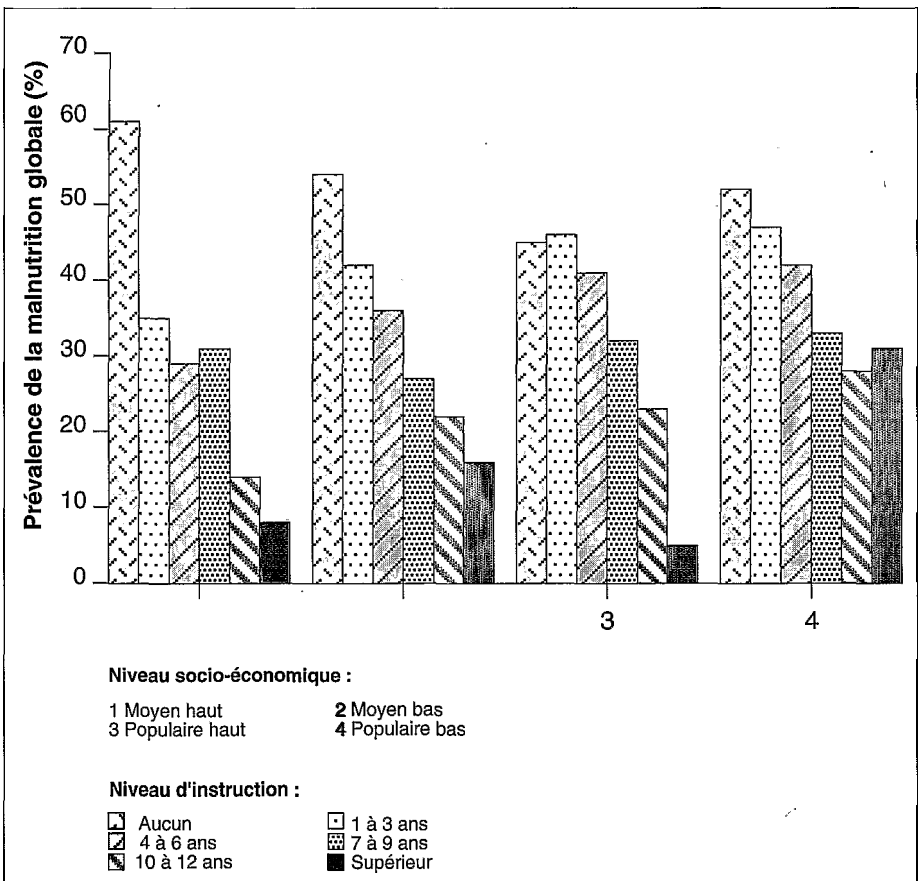


Figure 3. Prévalence de la malnutrition globale (poids pour l'âge) selon le degré d'insertion sociale et le niveau d'instruction de la mère (Équateur 1986). D'après Freire W, Dirren H, Mora JO, et al. *Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años*. DANS. Quito : CONADE-MSP, 1988 : 149.

Figure 3. Prevalence of global malnutrition (weight for age) according to the degree of social integration and the educational of the mother (Ecuador 1986). From Freire W, Dirren H, Mora JO, et al. *Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años*. DANS. Quito : CONADE-MSP, 1988 : 149.



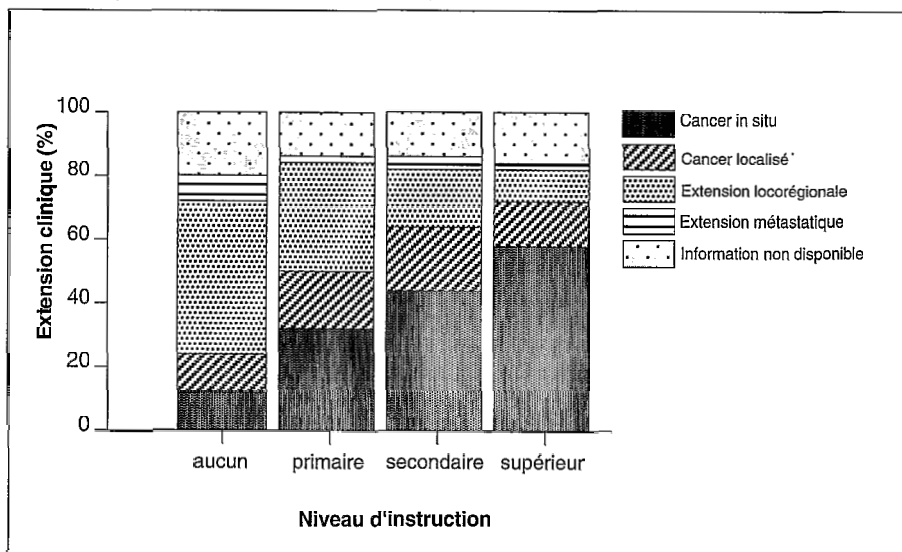


Figure 4. Stade d'extension clinique du cancer du col utérin en fonction du niveau d'instruction (Quito, 1988). D'après Sociedad de Lucha contra el Cáncer. *Cáncer en Quito, Anuario 1988*. Quito : Registro Nacional de Tumores, 1989.

Figure 4. Clinical extension of cervical cancer according to educational level (Quito, 1988). From Sociedad de Lucha contra el Cáncer. *Cáncer en Quito, Anuario 1988*. Quito : Registro Nacional de Tumores, 1989.

dans les villes (il existe dans les campagnes un système assurantiel spécifique qui touche 10 % de la population rurale). Si le mari de cette femme atteinte d'un cancer avait été salarié et avait cotisé à la Sécurité sociale, la situation aurait d'ailleurs été identique, puisqu'il n'existe pas de système d'ayants droit et que le conjoint d'un affilié ne bénéficie pas plus de prestations gratuites que ses enfants. Ne reste donc, pour ceux qui ne peuvent s'offrir le luxe du secteur privé, que les structures du Ministère de la Santé (lorsqu'elles ne sont pas fermées pour cause de grève du personnel), mais il faut de toutes façons payer les médicaments et les examens complémentaires.

Quelque important qu'il soit, l'obstacle financier n'est pourtant pas le seul en cause dans les difficultés que rencontrent les catégories défavorisées pour se soigner. Dans les régions rurales en

## Encadré

### Résumé biographique d'une famille de milieu populaire

Hugo Martínez est le troisième d'une famille de douze enfants. Il a vécu à une vingtaine de kilomètres de Loja, la plus méridionale des villes des Andes équatoriennes, jusqu'à l'âge de 30 ans. Il y cultivait de la pomme de terre, de l'orge, du maïs, du blé, sur les terres de son père. C'est là qu'il s'est marié avec Soledad, qui est d'un village voisin du sien : fille aînée d'une famille de dix (quatre autres enfants sont morts en bas âge), elle avait suivi les cours de l'école primaire, puis avait dû s'interrompre pour s'occuper des tâches domestiques.

En 1987, le couple et leurs trois enfants partent s'installer à Quito : l'exploitation du père ne peut plus nourrir la famille tout entière, et par ailleurs un oncle de sa femme lui propose de faire en ville du commerce de fruits et de légumes. Un an plus tard, dans le quartier périphérique de la capitale où ils sont venus habiter, Hugo doit se rendre à l'évidence : le négoce marche mal ; les gens n'achètent pas et les produits se perdent ; il décide de chercher autre chose. Un ami lui parle de terrains

qui se vendent dans la province d'Esmeraldas au nord du pays ; il s'agit de zones non défrichées à coloniser. Il se prépare donc à nouveau à partir avec sa famille.

Cependant, à cette même période, Soledad se découvre des ganglions dans le cou ; elle consulte un médecin qui l'adresse à l'hôpital de la Société de lutte contre le cancer, SOLCA ; un lymphome est diagnostiqué, à un stade avancé ; un traitement par chimiothérapie est mis en route. Mais après deux cures, la famille part pour la Côte.

Pendant deux ans, tous — il y a maintenant quatre enfants — travaillent durement sur l'exploitation qui leur a coûté d'autant moins cher que le propriétaire n'en possède pas les titres et que l'endroit se trouve à deux journées de trajet de la bourgade la plus proche : ils cultivent maintenant du cacao pour la vente et divers agrumes pour leur consommation propre : il n'y a évidemment pas d'école pour les aînés, ni de centre de soins à proximité ; Soledad, qui n'est pas retournée se faire suivre pour son lymphome sent revenir ses premiers symptômes.

A la fin de 1990, les choses se précipitent : le plus jeune des enfants fait une crise de paludisme ; sa mère, qui est à

nouveau enceinte, se met à frissonner à son tour ; on décide donc de monter vers la ville la plus proche. L'enfant guérit, mais Soledad, si elle récupère lentement de son infection, continue à s'aggraver sur le plan général. On lui dit qu'il faut qu'elle retourne à Quito pour ses soins : elle part donc et se fait hospitaliser dans le même institut de cancérologie.

Elle est au septième mois de grossesse, et il lui faut d'urgence une césarienne pour éviter l'aggravation du cancer et la mise en danger du fœtus. Elle se présente munie d'une recommandation à la maternité publique : malheureusement, une grève des internes hospitaliers entrave le fonctionnement des services ; elle doit rebrousser chemin et partir vers l'hôpital municipal ; la césarienne lui revient à 100 000 sucres, les soins à l'enfant prématuré à 85 000 supplémentaires ; pour la chimiothérapie reprise après l'accouchement, encore 70 000. Si l'institut de cancérologie accepte de faire crédit, en revanche l'hôpital municipal refuse de leur rendre l'enfant tant qu'ils n'ont pas payé les frais d'hospitalisation. Ils s'endettent. Au moment où Hugo trouve enfin un travail journalier, il fait à son tour un paludisme qui le cloue au lit.

particulier, les difficultés physiques sont importantes : dans l'exemple cité, il faut à la famille deux jours de marche, cinq heures de bateau et encore quelques minutes de car pour aller de l'exploitation agricole de la Costa au dispensaire le plus proche. À cela s'ajoutent les problèmes culturels, qui ne se résument pas, comme on l'entend souvent, au système de croyances et de conduites traditionnelles que mettent en œuvre les gens quand ils sont malades : c'est plus encore l'écart entre la culture des classes populaires, notamment indiennes, et la culture des personnels soignants, qui se traduit par des difficultés de communication et que le patient ressent souvent comme une humiliation.

## Du social au politique

Inégalités face au risque d'être malade et inégalités, lorsqu'on l'est, face aux soins, tel est le double défi auquel sont confrontées non seulement la santé publique, mais également la société équatorienne tout entière. Comme toujours lorsque les causes sont sociales, les solutions sont politiques. Mais, que l'on étudie l'une ou l'autre de ces deux facettes des disparités, il est clair que l'État équatorien n'a pas les moyens d'une réelle politique de lutte contre les inégalités de santé [12]. Ce constat va bien au-delà d'une critique de tel ou tel parti au gouvernement. Ni les populistes, ni les conservateurs, ni les sociaux-démocrates qui se sont succédés au pouvoir depuis le retour de la démocratie en 1979 en Équateur n'ont réussi à proposer de programme cohérent dans ce domaine. Si on ne les a pas trouvées — pas plus ici qu'ailleurs en Amérique latine —, c'est que les solutions ne sont pas évidentes.

Les difficultés économiques dont souffre l'Équateur sont internationales : la baisse des cours des produits agricoles dont le pays est exportateur et les fluctuations des prix du pétrole, notamment. Plus encore, les réponses politiques sont décidées à l'étranger par les grands organismes de crédit : les

experts du Fonds monétaire international font plus qu'orienter les décisions des gouvernements, qui n'ont guère que le choix du rythme auquel doivent se faire les changements structurels. La marge de manœuvre des États est faible ; on l'a bien vu lorsque certains pays ont tenté de refuser de rembourser leur dette extérieure : ils ont rapidement dû rentrer dans le rang. De cette situation, il résulte qu'en 1990, malgré les graves problèmes que connaît l'Amérique latine, le solde des flux monétaires a été négatif pour celle-ci : ce sont les pays du Sud qui ont payé pour le développement du Nord. Ainsi, le redressement économique de l'Équateur, qui a rendu positive sa balance commerciale, n'a-t-il pas permis de retomber pour les classes pauvres, en termes d'accroissement du pouvoir d'achat ou d'amélioration

de la couverture sociale : les excédents ont servi au remboursement de la dette. De même, les programmes d'ajustement imposés par les institutions internationales de financement commencent-ils tous par une réduction des dépenses sociales de l'État et par un désinvestissement des produits de première nécessité. Les grandes émeutes populaires qu'ont connues récemment l'Argentine et le Vénézuéla, tout comme avant eux le Maroc et la Tunisie, sont les conséquences directes de la brusque dégradation des conditions de vie que l'application de ces politiques a entraînée.

À la différence de pays comme le Pérou ou le Brésil où, il est vrai, la situation était encore plus grave, l'Équateur a adopté des mesures de rigueur progressives. Les effets en termes de récession, de chômage et de

### Summary

#### Social origins of health inequalities in Ecuador

D. Fassin

*Poverty in the third world is often seen as a temporary and marginal problem. But on the contrary, it is a structural and central phenomenon which characterizes developing societies, as the study of health inequalities in Ecuador has shown.*

*A geographical approach reveals sharp contrasts in life expectancy between the three main regions, and even more so between the provinces. Differences between the regions and provinces have increased during recent decades.*

*Nevertheless, a simple analysis of the statistics can not explain the mechanisms generating inequalities in health. Sociological and anthropological methods based on extended observation and biographical material are necessary. On the basis of a short but illustrative life story, we describe the respective roles of*

*economic, physical and cultural factors in the disparities in epidemiological risk and health care.*

*To understand the situation at the social level, one has to take into consideration the political dimension, i.e. the international and national background, the consequences of external indebtedness and the new world division of labour which tend to bring a reduction in welfare programs and social protection. For the governments the room for manoeuvre is extremely limited. The nature of the local and world contexts thus appears clearly as generating more and more social inequalities which have severe consequences in terms of health. International and national authorities have to take these realities into account in their public health programs.*

paupérisation y sont donc moins brutaux et plus retardés.

Dernier élément, la division internationale du travail apparaît comme de plus en plus contraignante. L'échec des modèles alternatifs, tels que la substitution à l'importation, et en même temps la montée du libéralisme, au niveau international, amènent en effet les pays latino-américains à une intégration économique de plus en plus grande au marché mondial, sur lequel ils sont producteurs de matières premières soumises à une concurrence effrénée (par rapport au Sud-Est asiatique notamment) et fournisseurs de force de travail bon marché (utilisée localement). Pour ne pas être distancés, les États doivent accepter les règles qu'on leur propose : c'est ainsi que le gouvernement équatorien vient de faire signer par le Parlement des lois autorisant l'installation de systèmes de zones franches (échappant totalement au contrôle de l'État) et de « maquilas » (entreprises qui se servent de la main-d'œuvre, mais sont exemptées des obligations patronales habituelles, comme l'affiliation à la Sécurité sociale ou le droit aux indemnités en cas de licenciement).

Cet ensemble de facteurs d'origine internationale est fondamentalement générateur d'un accroissement des inégalités : un État plus pauvre, qui doit réduire ses programmes de redistribution et accepter de reculer dans le domaine des conquêtes sociales, en matière de travail notamment, n'est évidemment pas en mesure de lutter contre les inégalités, puisque au contraire il contribue à les aggraver. Dès lors, les propositions pour améliorer les conditions de vie et de santé des groupes les plus vulnérables ne peuvent être que palliatives et accessoires. Le risque d'analyser la pauvreté comme un phénomène marginal est ainsi de lui appor-ter ensuite des solutions marginales, telles que les distributions d'aliments qui constituent l'une des priorités de l'actuel ministère de la Santé.

Rapporter l'aggravation des inégalités de santé aux seules causes externes serait une erreur, légitimement reprochée à certains théoriciens de la dépendance. La société équatorienne est de

plus en plus inégalitaire, et il est bien connu qu'en période de crise tout le monde ne s'appauvrit pas. Si à Quito le secteur privé de la santé est florissant, si des cliniques luxueuses se construisent, c'est bien qu'il y a un marché pour ce type de prestations. A tous les niveaux de l'économie se développent des pratiques d'accumulation et d'exploitation : depuis le métis villageois qui, sous couvert de relations de compérage, fait travailler gratuitement la main-d'œuvre indienne, jusqu'à l'entrepreneur qui ne donne à ses employés que des contrats de courte durée de façon à éviter les charges sociales et les réembauche régulièrement sur les mêmes bases, en passant par l'intermédiaire qui achète au paysan ses produits agricoles pour les revendre avec des marges bénéficiaires substantielles. Ces pratiques sont d'ailleurs d'autant plus faciles à réaliser que, pour assurer la subsistance des ménages, il devient indispensable de multiplier les sources de revenus et donc d'allonger les journées de travail.

Face à cette dégradation de leurs conditions d'existence, les classes pauvres développent en effet toutes sortes de stratégies visant à leur permettre de faire face aux nécessités de leur subsistance.

Parmi celles-la, la mise en œuvre de systèmes d'entraide au sein de la famille ou du voisinage, parmi les amis ou les collègues, paraît particulièrement efficace, surtout en cas d'événements imprévus comme le sont souvent les maladies et toujours les accidents. Les réseaux de solidarité tissent ainsi une sorte de réponse collective aux mécanismes de paupérisation, venant rappeler que, dans les milieux défavorisés, le capital social que l'on est en mesure de mobiliser peut être aussi important que le capital économique que l'on possède.

Preuve, s'il en est besoin, que même dans les circonstances les plus difficiles et sous l'emprise des déterminismes les plus contraignants, les hommes sont encore capables de faire jouer, individuellement ou collectivement, cet infime espace de liberté qui leur reste.

Au terme de ce cheminement parmi les inégalités de santé, une trajectoire se

dessine : celle qui mène de l'épidémiologie aux sciences sociales et du social au politique, autrement dit de la description des faits à l'identification des mécanismes intimes qui les expliquent. Tel est le sens que l'on serait tenté de proposer à toute démarche de santé publique visant à constituer sur un problème donné un savoir synthétique et pluridisciplinaire. Resterait bien sûr alors à proposer des orientations pour l'action, mais ce travail de connaissance préalable garantirait au moins que soit évité l'écueil des solutions faciles ●

## Résumé

On traite souvent de la pauvreté dans le Tiers Monde comme s'il s'agissait d'un phénomène conjoncturel et marginal : or elle est, au contraire, un fait structurel et central des sociétés en développement, ainsi que le montre l'étude des inégalités de santé. Le cas de l'Équateur sert d'illustration à ce propos. Deux éléments y caractérisent l'épidémiologie de la mortalité : les écarts importants entre provinces et la tendance de ces disparités à se creuser. Les différences spatiales et les évolutions historiques renvoient à des mécanismes sociaux de production des inégalités. Ici, les statistiques ne permettent pas d'appréhender la complexité des déterminations et la dynamique des processus, et les sciences sociales contribuent à cette compréhension grâce aux observations prolongées et aux récits biographiques. Les divers facteurs économiques, physiques, culturels intervenant dans la production des inégalités devant la maladie et les soins peuvent ainsi apparaître. Mais une analyse globale oblige à passer de ce niveau social au niveau politique, pour analyser la façon dont le contexte international influe sur la marge de manœuvre qui est laissée aux pouvoirs publics, et dont les sociétés gèrent leurs disparités dans le domaine de la santé.

D. Fassin : Institut français d'études andines, A.P. 17.11.06596, Quito, Équateur.