

Qu'est-ce que les inégalités sociales de santé nous apprennent sur le concept de vulnérabilité ?

Paul-Loup Weil-Dubuc¹

¹ Espace éthique Ile-de-France, CESP U1018 (Inserm/Paris-Saclay), Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

RÉSUMÉ

Cet article propose l'idée que l'injustice des inégalités sociales de santé ne réside pas dans le fait que les individus sont dépourvus des moyens d'agir pour leur santé, mais dans le fait qu'ils sont inégalement soumis aux pressions destructrices qu'exercent sur eux leurs milieux de vie. Il s'agira plus précisément de se demander quel concept de vulnérabilité peut rendre compte des inégalités sociales de santé ou, autrement dit, ce que ces dernières nous apprennent sur les mécanismes par lesquels les individus sont rendus plus ou moins vulnérables, plus ou moins susceptibles d'être blessés, usés, détruits par leur milieu de vie. Au terme de l'analyse, deux dimensions indissociables apparaissent. Sous sa dimension interne d'abord, la vulnérabilité réside dans les dispositions acquises des individus qui résistent plus ou moins aux épreuves de l'existence. Sous sa dimension externe, la vulnérabilité réside dans l'exposition aux dangers venant de l'extérieur. Finalement, une hypothèse est proposée : ce qui est vulnérable en chacun, ce sont ses valeurs, soit les attaches qui le relient à des choses, des personnes, des lieux, des convictions.

MOTS-CLÉS : inégalités sociales de santé, vulnérabilité, valeur, promotion de la santé.

DOI : 10.51328/240106

Depuis les années 1980 et la parution du rapport Black¹, de nombreux travaux de recherche et rapports publics mettent en lumière les déterminants sociaux de la santé auxquels sont exposés individus et populations dans le monde. L'objectif est de réduire les inégalités sociales de santé, soit les inégalités de santé entre groupes sociaux inégaux, en offrant aux individus et aux populations les moyens de contrôler ces déterminants. Cette problématisation des inégalités sociales de santé comme défaut de pouvoir d'agir présuppose une certaine idée de l'injustice des inégalités sociales de santé : les individus seraient (plus ou moins) dépourvus des moyens d'agir pour leur santé ou des circonstances favorables à une bonne santé. Un tel cadrage préfigure aussi la réponse qui doit être apportée aux inégalités sociales de santé et que résume l'objectif de « promouvoir la santé » (OMS, 1986).

Cet article propose une autre problématisation des inégalités sociales de santé : si celles-ci sont injustes, ce n'est pas d'abord parce que les individus sont dépourvus de quelque chose, mais parce qu'elles révèlent à quel point ils sont inégalement soumis aux pressions destructrices qu'exercent sur eux leurs milieux de vie. Ce n'est donc pas en raison de ce qui n'est pas fait pour eux mais *en raison de ce qui est fait contre eux*. Au plan pratique, ce déplacement suppose de ne plus considérer la réduction des inégalités sociales de santé comme un objectif primordial mais plutôt comme le signe positif et le bénéfice secondaire d'une évolution à la faveur de laquelle les individus subissent moins de destructions.

C'est toutefois sur une implication théorique de ce déplacement que nous nous concentrerons ici : le concept de vulnérabilité devient important par lui-même, et non plus seulement comme indicateur d'un défaut d'autonomie. Il s'agira plus précisément de se demander quel concept de vulnérabilité peut rendre compte des inégalités sociales de santé ou, autrement dit, ce que ces dernières nous apprennent sur les mécanismes par lesquels les individus, au-delà de leur « vulnérabilité fondamentale » (Garrau,

¹ Ce rapport est issu d'un travail commandé par le secrétaire d'état à la santé britannique, David Ennals, à Sir Douglas Black. Publié en 1980, il fait état d'importantes disparités en matière d'état de santé selon les catégories socio-professionnelles et met en lumière les déterminants de ces disparités. Un champ de recherche s'ouvre alors sur les déterminants sociaux de la santé ; l'Organisation mondiale de la santé y consacre de nombreux travaux et rapports.

2018), sont rendus plus ou moins vulnérables, plus ou moins susceptibles d'être blessés, usés, détruits par leur milieu de vie. Toutefois, au-delà de cette définition minimale contenue dans le concept même de vulnérabilité (« susceptibilité d'être blessé, usé et détruit par son milieu de vie »), il reste à penser un modèle de compréhension des vulnérabilités individuelles qui soit tout à la fois heuristique et éthiquement satisfaisant. Pour y parvenir, la démarche sera inductive : nous souhaitons parvenir à un tel modèle de compréhension en partant du fait des inégalités sociales de santé.

Nous traiterons d'une première conception de la vulnérabilité comme constitutive de l'individu. À cet égard, la théorisation bourdieusienne de l'*habitus* est particulièrement éclairante mais aussi insuffisante pour trois raisons. En premier lieu, en supposant que les personnes des classes les plus défavorisées héritent de dispositions qui les poussent à négliger leur santé, elle pourrait impliquer qu'elles agissent contre leur intérêt, intérêt qu'il appartiendrait aux sociologues de révéler et aux politiques de réaliser. Nous devons nous méfier d'un tel paternalisme. En second lieu, le concept d'*habitus* ne permet pas de penser la gradualité des pressions exercées sur les corps et les esprits, dont témoigne pourtant l'existence d'un « gradient social de santé », soit d'une corrélation étroite entre l'état de santé et le statut social des individus. Enfin, la vulnérabilité de l'individu n'est pas seulement interne mais aussi externe puisque les individus sont aussi exposés à des facteurs externes de destruction. Cette critique nous conduira en dernier lieu à proposer l'hypothèse selon laquelle ce qui est vulnérable en chacun, ce sont ses *valeurs*, soit les attaches qui le relient à ce qui le fait tenir, soit à des objets, des personnes, des lieux, des convictions, etc.

Les inégalités sociales de santé au prisme du concept d'*habitus*

De quelle vulnérabilité témoignent les inégalités sociales de santé ? Une première façon de répondre à cette question consiste à penser la vulnérabilité comme ensemble de dispositions acquises, autrement dit comme *habitus*. Selon Bourdieu, les individus, comme membres d'une même classe sociale, d'un groupe partageant des conditions d'existence communes, hériteraient d'*habitus* par lesquels ils agissent et pensent le monde sans pour autant obéir à des règles qui leur seraient prescrites, ni viser consciemment des fins. Les *habitus* sont, selon les termes de Bourdieu, des « systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes » (Bourdieu, 1980, p. 88). Ils seraient donc à la fois les effets d'une inscription de la structure sociale dans les corps (« structures structurées ») et ce par quoi tout individu adapte ses pensées et ses actes à des situations toujours nouvelles (« structures structurantes »). Chaque individu jouerait la partition déjà écrite de l'orchestre social mais ce serait toujours à sa façon, nécessairement singulière. La créativité dont il fait preuve répond à la nécessité de s'adapter à des situations toujours nouvelles pour se conformer. Ainsi, s'expliquerait cet apparent paradoxe suivant lequel les individus agissent et pensent spontanément, tout en consolidant par leurs pratiques et leurs représentations leur position dans la hiérarchie sociale sans en avoir conscience.

Plusieurs travaux en sociologie ont mobilisé le concept d'*habitus* pour expliquer les inégalités sociales de santé. Une étude, qui retiendra ici notre intérêt, porte sur les « pratiques de santé d'hommes provenant de différents milieux socio-économiques et ayant été hospitalisés à la suite d'un incident cardiaque » dans l'agglomération de Gatineau, ville québécoise (Dumas, Bergeron, et Savage, 2015). Les participants sont invités à parler de leur environnement social, de leurs expériences de la maladie, des ressources matérielles et humaines auxquelles ils ont accès et enfin de leurs perceptions, appréciations et attitudes quant aux pratiques de prévention (activités physiques, nutrition, prise de médicaments, suivi, etc.). L'étude compare les discours de deux catégories socio-économiques : ceux des hommes défavorisés et ceux des hommes des classes moyennes inférieures et supérieures.

Les sociologues font alors apparaître de nettes différences. Les premiers méconnaissent les symptômes de potentielles maladies cardiovasculaires et ne se préoccupent que des signes les plus visibles ou les plus handicapants, n'envisagent la consultation médicale qu'en dernier recours, là où les seconds « présentent une posture réflexive sur les dimensions inapparentes et invisibles de la santé », « demeurent très à l'écoute des sensations physiques morbides, anormales ou atypiques de leur corps », consultent rapidement un médecin et essaient de mieux comprendre leur maladie, de prévenir les récurrences d'incidents cardiaques. Les premiers sont fatalistes face à la maladie et à la mort, « s'estiment peu en contrôle de leur vie et leur santé », « se résignent devant les maladies », accordent la priorité à la stabilité financière, aux obligations familiales et au bien-être psychologique, valorisent ce que les sociologues nomment ici « les petits plaisirs de la vie » (tabac, alcool, malbouffe), déclarent vivre au jour le jour, rejettent les discours médicaux et refusent de participer au « programme de réadaptation cardiaque » ; les seconds considèrent la santé comme une priorité, « tentent de réduire les facteurs de risque et les éléments stressants de leur vie », « adoptent un calcul probabiliste de l'incident cardiaque », prennent au sérieux les discours médicaux et participent volontiers au programme de réadaptation.

Le concept d'*habitus* se présente comme une clé interprétative efficace. Les hommes les plus défavorisés, beaucoup plus souvent isolés, célibataires, victimes d'abus sexuel ou physique pendant l'enfance, plus souvent marqués par des passés d'alcooliques et de fumeurs, ont développé ce que Bourdieu nomme un « goût de nécessité qui implique une forme d'adaptation à la nécessité et, par-là, d'adaptation du nécessaire, de résignation à l'inévitable² ». Ce fatalisme détermine leurs perceptions et attitudes corporelles, expliquant ainsi la méconnaissance qu'ils ont de leurs symptômes et le peu d'attention qu'ils y portent. Ce goût de nécessité ne peut donc être réduit à une préférence morale qu'il faudrait modifier ou à la simple conséquence d'une ignorance qu'il suffirait de combler par des campagnes d'éducation, de sensibilisation et d'information : il s'est imposé à eux comme une unique issue de secours face aux épreuves de la vie et s'est inscrit dans les profondeurs de leur corps, de leur vision du monde et de leurs perceptions.

² Bourdieu P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, p. 433, cité dans Dumas A., Bergeron C., Savage M. « Position sociale et style de vie. La variation sociale des pratiques de santé après un incident cardiaque », art. cit.

Il est alors possible d'affirmer que ces hommes des classes défavorisées ont été rendus particulièrement *vulnérables* par leurs milieux de vie. Cette « vulnérabilité problématique » (Garrau, 2018), qui accroît leur vulnérabilité fondamentale d'être humains, apparaît comme une fragilité essentielle, une disposition à être facilement blessé par les événements de la vie, par le monde. Édouard Louis, sans la nommer ainsi, en propose une description évocatrice (Louis, 2018, p. 32) :

« Tu ne t'es jamais remis de la séparation avec ma mère. Quelque chose en toi a été détruit. Comme toujours, c'est la séparation qui t'a fait comprendre à quel point tu l'aimais. Après la rupture tu es devenu plus sensible au monde, tu es tombé plus souvent malade, tout te blessait. C'est comme si la douleur de la séparation avait ouvert une plaie qui avait permis soudain à ce qui t'entourait, au monde et donc à la violence, d'entrer en toi ».

La métaphore de la « plaie » invite à distinguer deux niveaux de vulnérabilité imbriqués l'un à l'autre. L'apparition de la plaie d'abord, provoquée par la déchirure de la séparation, ouvre le père du narrateur à une vulnérabilité constamment actualisée, en acte. La plaie reste ouverte, laissant la violence de l'extérieur le blesser continuellement. Notons que ce n'est pas tant la plaie elle-même qui caractérise la vulnérabilité que l'incapacité à en cicatriser, c'est-à-dire à se protéger contre les agressions du milieu de vie. Mais si le père d'Édouard Louis souffre de cette plaie qui ne peut cicatriser, c'est qu'il était déjà disposé à être ainsi blessé. Cette vulnérabilité en puissance réside précisément dans l'incapacité à supporter les ruptures de l'existence, comme si les protections psychiques mises en place au cours de la vie ne résistaient pas aux chocs de l'existence.

De nombreux travaux en psychanalyse soulignent l'impact décisif et irréversible de l'environnement familial (et donc, inévitablement social) sur l'individu dans les premières années de la vie. Pour Winnicott en particulier, l'enfant, pour se protéger d'un environnement perçu comme menaçant, organise des défenses paradoxalement destructrices. Ainsi en va-t-il du faux self « qui est une défense [...], une défense contre ce qui est impensable : l'exploitation du vrai "self" qui aboutirait à son anéantissement³ » (Winnicott, 1996, p. 126). La mère ou l'environnement insuffisamment bons suscitent chez l'enfant un sentiment d'insécurité quant à la satisfaction de ces besoins élémentaires de soin et d'attention qui le pousse au repli et au déploiement d'un *moi* de substitution, un *moi* suradapté aux injonctions de l'environnement, évitant tout litige pour offrir une protection maximale au vrai *moi*. La constitution d'un *moi* robuste, prêt à se confronter au monde, créatif, suppose que l'enfant ait pu appréhender son environnement sans craindre d'y laisser sa peau.

Plus récemment, des travaux en neurosciences semblent confirmer l'hypothèse d'une vulnérabilité constitutive et socialement constituée. Selon Ursula Tooley et ses collègues (Tooley, Bassett, et Mackey, 2021), le stress chronique, soit l'exposition répétée à des situations stressantes, plus fréquente dans les milieux les plus économiquement défavorisés, accélérerait la maturation des cerveaux dès l'enfance. La plasticité cérébrale s'en trouverait diminuée et, avec elle, la « sensibilité [des en-

fants] aux expériences futures ». Ce ne serait pas seulement la négativité des expériences mais bien leur répétition qui provoquerait cette rigidification du cerveau : « l'exposition répétée à la même expérience pourrait envoyer le signal que l'expérience a de fortes chances de se produire dans le futur et que le cerveau devrait optimiser ses réponses à ce type d'expérience même au prix de sa plasticité ». À l'inverse, l'exposition à un environnement complexe rendant possible une variété d'expériences et de multiples ressources d'apprentissage améliorerait la plasticité des cerveaux.

De tels travaux pourraient donner à comprendre les mécanismes biologiques par lesquels le social s'inscrit définitivement dans la matière des cerveaux. Elles corroborent ainsi un fait épidémiologique désormais établi : l'importance des facteurs de risque dits « psychosociaux » dans la formation des inégalités sociales de santé, aussi bien face aux troubles psychiques que face aux maladies somatiques⁴. Ils désignent l'ensemble des perceptions ou affects négatifs qui naissent des conditions matérielles de vie et des interactions sociales comme le ressentiment, le manque de confiance en soi, le sentiment d'un faible contrôle sur sa vie et ses actes, le sentiment d'isolement, d'abandon, le sentiment d'être inutile, exploité, méprisé, etc.

Le « véritable intérêt » des pauvres

Le concept d'*habitus* rendrait ainsi compte des vulnérabilités « problématiques » des classes populaires, qui se traduiraient par des risques accrus de développer des maladies, des incapacités ou de vivre des vies plus courtes. Mais si cette hypothèse est féconde et convaincante, la conclusion éthique et politique qui en est tirée dans l'étude consacrée aux hommes québécois l'est beaucoup moins : « c'est sur ce point que les conséquences de la pauvreté sont les plus pernicieuses : elle affaiblit le désir d'investir dans sa santé et de prévenir les maladies » (Dumas, Bergeron, et Savage, 2015). Les auteurs formulent alors le problème éthique, le plus grave à leurs yeux, posé par les inégalités sociales de santé : il ne réside pas tant dans la pauvreté elle-même que dans ses effets sur le « désir d'investir dans sa santé et de prévenir les maladies ». Le problème, ce serait au fond la résignation des pauvres qui s'accompagnerait des croyances et attitudes évoquées : la méconnaissance de symptômes qui devraient être pour eux des alertes salutaires, la défiance à l'égard des médecins, le refus d'engager des efforts de prévention. C'est donc contre ces croyances et attitudes qu'il faudrait lutter selon les auteurs, en adaptant les dispositifs sociaux pour que les individus des classes populaires puissent revoir leurs priorités, comprendre quel est leur *véritable intérêt* et y pourvoir.

Cette prétention des sociologues à mettre en lumière le véritable intérêt des pauvres par-delà les croyances et attitudes que leur prescriraient leurs *habitus* de classe pose évidemment problème. Non seulement elle peut déboucher sur des mesures insuffisantes, mais elle est fondamentalement paternaliste en ce qu'elle présume l'incompétence des plus pauvres à prendre soin d'eux-mêmes. Rien n'empêche pourtant de se demander s'il

³ Winnicott D.W., « Distorsion du Moi en fonction du vrai et du faux self », *Processus de maturation chez l'enfant* (1965), Paris, Payot, 1970, p. 126.

⁴ « Les facteurs psychosociaux [...] jouent un rôle important dans l'explication des maladies cardio-vasculaires et du cancer », lit-on dans le rapport de l'Institute of Health Equity, dirigé par Michael Marmot, 2017, *Psychosocial pathways and health outcomes : informing action on health inequalities*.

n'y a pas une certaine sagesse dans la posture fataliste que tendent à adopter les personnes vivant dans la pauvreté. N'est-il pas sage, quand les soucis vous harcèlent, de chercher l'insouciance ou les consolations dans les petits plaisirs de la vie ? N'est-il pas pernicieux et hypocrite, au contraire, d'essayer de ramener celles et ceux qui souffrent de leurs conditions de vie à la « raison » du santéisme, même avec toute la bonne volonté du monde ?

A minima, la prudence s'impose contre la tentation de faire des individus les plus pauvres les victimes consentantes et impuissantes de puissances politiques extérieures. Tentation dont l'évocation par Édouard Louis, dans son ouvrage *Qui a tué mon père*, des dégâts causés par le travail à l'usine et l'alcool sur le corps de son père fournit une illustration (Louis, 2018, pp. 13-14) :

« Tu ne peux plus conduire sans te mettre en danger, tu n'as plus le droit de boire d'alcool, tu ne peux plus te doucher ou aller travailler sans prendre des risques immenses. Tu as à peine plus de cinquante ans. Tu appartiens à cette catégorie d'humains à qui la politique réserve une mort précoce ».

Le père du narrateur, auquel ce dernier s'adresse tout au long du roman, ne se voit octroyer aucun droit de réponse. Et pour cause : il est tenu pour mort et même pour « assassiné » par « la politique » qui a programmé sa mort précoce. L'auteur, d'ailleurs, en parle au passé : « (je parle de toi au passé parce que je ne te connais plus. Le présent serait un mensonge) » (Louis, 2018, p. 46).

Ce paternalisme sociologique serait-il inscrit dans le concept d'habitus et plus largement dans la sociologie de Bourdieu ? C'est la thèse de Luc Boltanski. En supposant que les acteurs sociaux sont illusionnés et, plus encore, qu'ils participent à entretenir leurs propres illusions sur les mécanismes de domination qu'ils subissent et que « [la sociologie en sait] beaucoup plus sur les personnes qu'elles n'en savent elles-mêmes », on ignore leurs « capacités critiques⁵ ». La focalisation sur les habitus tendrait ainsi à faire oublier ce qui se passe dans les situations, et particulièrement les multiples façons par lesquels les acteurs sociaux cherchent, dans les désaccords auxquels ils se trouvent confrontés, à négocier et à justifier leurs actes en faisant valoir des arguments. C'est à l'étude de ces négociations et de ces justifications négligées par la sociologie critique bourdieusienne que Boltanski consacre ce qu'il nomme la sociologie de la critique. La question posée ici ne concerne certes pas, ou seulement indirectement, les « opérations critiques » par lesquelles des personnes cherchent à résoudre leurs désaccords mais plutôt les processus sociaux et psychiques par lesquels les personnes adoptent des comportements ou sont plus ou moins contraintes d'accepter des conditions de vie (des métiers dangereux par exemple) qui présentent pour elles des risques ou détruisent leur santé. Autrement dit, ce qui nous intéresse ici, c'est la recherche d'un équilibre de vie, d'un compromis avec soi-même, fût-il autodestructeur. Ce n'est pas parce qu'elle est imposée que la vulnérabilité ne peut faire l'objet d'un consentement.

Rendre compte du gradient social

À cette première limite éthique de l'explication des inégalités sociales de santé à la lumière du concept d'habitus, s'en ajoute une deuxième d'ordre épistémologique : l'étude citée plus haut ne rend pas compte du gradient

social de santé. Elle met en lumière des différences entre, d'un côté, les classes populaires et les « autres », soit les classes moyennes inférieures et supérieures, puis les classes supérieures. Or, la réalité contemporaine, et sans doute la réalité tout court, est plus contrastée : la plupart des maladies touchent plus fréquemment les plus pauvres mais touchent parfois les plus riches et épargnent parfois les plus pauvres. Surtout, elles touchent aussi toutes celles et ceux du « milieu » de la structure sociale selon des fréquences socialement différenciées. Après avoir rappelé que chaque station franchie de l'ouest à l'est de Londres sur la ligne de métro *Jubilee* correspond à la perte d'une année d'espérance de vie, Marmot écrit (Marmot, 2015, pp. 27-28) :

« La première réaction de la plupart d'entre nous face au gradient social en santé est : en fait ça me concerne. Parler des inégalités de santé ne revient pas à parler de la mauvaise santé des pauvres, cela implique des gradations en santé où que l'on se situe sur l'échelle sociale. Il ne s'agit pas d'"eux", les pauvres, et de "nous", les non-pauvres ; il s'agit de tous ceux d'entre nous qui, en dessous du sommet, ont une santé plus mauvaise que celle qu'ils pourraient avoir. Le gradient concerne tout le monde, les riches, les pauvres et ceux qui se trouvent entre les deux ».

Comme son nom l'indique, le gradient social de santé témoigne donc d'une gradation des vulnérabilités qui court tout au long de la structure sociale, et donc d'un continuum. Plutôt que des maux distincts suivant les catégories sociales, il nous invite à penser des seuils de tolérance différenciés face à des maladies identiques ou des épreuves comparables et parfois communes, comme les pandémies, les crises économiques ou environnementales.

L'éditorial du rédacteur en chef du *Lancet*, Richard Horton, publié le 26 septembre 2020 et maintes fois cité depuis, relevait précisément du souci de rendre compte de ces vulnérabilités inégales : « le Covid-19 n'est pas une pandémie », titrait l'article, mais une « syndémie » (Horton, 2020).

« Voir le Covid-19 comme une syndémie a pour principale implication de mettre en exergue ses origines sociales. Les vulnérabilités des citoyens âgés ; des Noirs, des Asiatiques, de toutes les minorités ethniques ; celle des travailleurs essentiels qui sont en général faiblement rémunérés, bénéficient peu de la protection sociale, ces vulnérabilités mènent à une vérité à peine admise jusqu'à présent – à savoir que, quelles que soient l'efficacité d'un traitement ou la protection conférée par un vaccin, la quête d'une solution purement biomédicale au Covid-19 échouera. Tant que les gouvernements ne développeront pas des politiques et des programmes qui puissent venir à bout des profondes disparités, nos sociétés ne seront jamais vraiment à l'abri du Covid-19 ».

Le virus, sous ses diverses formes mutées, touche potentiellement tout le monde, certes, mais suivant des degrés d'exposition et de gravité des symptômes fortement différenciés de sorte qu'il est aussi le miroir grossissant et le catalyseur des inégalités sociales en matière de conditions de vie et face aux maladies non transmissibles, notamment l'hypertension, le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, respiratoires et cancéreuses. Il faut ajouter à cela les effets socialement gradués des mesures prises dans tous les pays du monde pour contrôler sa progression (confinement des populations, fermeture des services sociaux, déprogrammation des interventions médi-

⁵ Boltanski L., *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, Gallimard, 2009, p. 43.

cales, etc.).

Vulnérabilité interne, vulnérabilité externe

Le concept d'habitus présente un troisième défaut épistémologique pour expliquer les inégalités sociales de santé : si, comme nous l'avons vu, il rend compte de la constitution des individus comme sujets vulnérables, il néglige ce que nous pourrions nommer la vulnérabilité externe, l'exposition à des facteurs externes de destruction : déficit d'accès à des services de santé et d'aide sociale, à une alimentation suffisante ou de bonne qualité ; à un habitat solide ; à une solidarité de quartier ; exposition à des polluants ; à des risques de catastrophe nucléaire, climatique, sismique ; à des actes de violence ; à des accidents ; à des nuisances sonores, etc. Il faut d'autant plus porter attention à la spécificité de ces facteurs externes qu'à l'image du « cocktail d'expositions environnementales cumulées » auquel « chacun serait soumis tout au long de la vie » (Deguen Séverine, Zmirou-Navier Denis, 2010), ces facteurs externes, peu visibles, passent souvent inaperçus.

Dans un article récent, la philosophe canadienne Ryoa Chung propose de rendre compte des inégalités sociales de santé par le concept de « vulnérabilité de santé structurelle » (Chung, 2021) : les individus et les groupes sociaux sont plus ou moins vulnérables face à la maladie et notamment au Covid-19, non pas d'abord en raison de caractéristiques intrinsèques mais à cause des diverses formes de domination et d'oppression qu'ils subissent. Pour Ryoa Chung, ces torts (*wrongs*) ne peuvent pas, le plus souvent, être imputés à des acteurs identifiables mais doivent l'être à un « réseau diffus d'agents individuels et collectifs impliqués dans la création et la perpétuation de torts identifiables, sans que l'on puisse imputer la responsabilité directe de ces torts à personne en particulier ».

Cette thèse, inspirée par la philosophe Iris Marion Young, repose sur le constat d'une interdépendance fondamentalement asymétrique : la protection ou le bien-être des uns nécessite toujours que d'autres se mettent en danger. Au plus fort de la circulation du coronavirus, le luxe offert à celles et ceux qui pouvaient télétravailler supposait que les soignants, les caissiers, les éboueurs, les métiers impliqués dans la production d'eau, d'électricité, de médicaments, de denrées alimentaires, dans le traitement des déchets, le nettoyage des entreprises et des espaces publics, les livreurs, certains personnels administratifs, etc. prennent les transports publics pour assurer les activités essentielles de la vie sociale. Il faudrait aussi distinguer ces métiers « non-télétravaillables » selon leurs lieux d'exercice : les possibilités de protection sont variables selon que l'on travaille, par exemple, à l'hôpital au contact des patients ou dans un taxi derrière une vitre de plexiglas. Enfin, dans un même lieu, les métiers diffèrent : « dans un contexte d'état d'urgence [...], on conçoit que d'autres formes d'inégalités soient intervenues, en fonction du pouvoir de négociation des salariés, de la possibilité d'exercer leur droit de retrait, voire de faire intervenir l'inspection du travail ou d'avoir recours à la justice, lorsque l'obligation de sécurité n'était pas remplie par l'employeur⁶ » (Delpierre et al. 2021). On le voit : la description d'un « réseau diffus » implique divers de-

grés de pouvoir d'agir et de responsabilité mais aussi, du même coup, divers degrés d'exposition à des risques de contamination, et rend compte dès lors du gradient social de santé à de multiples échelles.

L'hypothèse de l'inégalité des valeurs

Toutefois, les pressions extérieures exercées sur les corps et sur les esprits ne suffisent pas à expliquer le gradient social. Certes, comme l'écrit Ryoa Chung, « nous devons rejeter une conception essentialiste de la vulnérabilité conduisant à un paternalisme injustifié, au déni de l'autonomie et du pouvoir d'agir, et à la stigmatisation sociale » (Chung, 2021). Mais il ne faut pas oublier l'enseignement bourdieusien : les pressions sociales s'incorporent dans des façons de se mouvoir, de sentir, de percevoir, de penser. La vulnérabilité ne peut être seulement pensée comme un degré d'exposition à des risques. La vulnérabilité doit être pensée sous ses dimensions externe et interne. Plus exactement, il nous faut la concevoir comme la propriété d'un X en chaque individu qui est à la fois plus soumis aux destructions du monde extérieur et également robuste.

Ce X, nous proposons de considérer que ce sont les *valeurs*. De nombreuses définitions du concept de valeur ont été proposées en philosophie. En première approximation, nous pouvons définir les valeurs d'une personne comme ce à quoi elle tient et, plus encore, comme ce qui la fait tenir. Les valeurs seraient des attaches à des habitudes, des goûts, des convictions, des personnes ou encore des objets, attaches qui sont susceptibles d'usure ou de brisure. Ce ne sont pas des visions du monde incorporées et subies comme le sont les habitus, mais les conditions provisoirement stables et toujours renégociables sous lesquelles une personne, de façon plus ou moins consciente et explicite, peut accepter de vivre. Là où les habitus sont pensés sous le signe de la soumission à la structure sociale, les valeurs doivent être pensées sous le signe de la résistance et donc de l'activité. Elles sont des issues de secours ou encore des refuges personnels que des individus peuvent se représenter consciemment comme tels, là où les habitus sont des structures de classe inconscientes.

Il semblerait que les valeurs, telles que nous les définissons ici, correspondent à la définition freudienne du moi dans la seconde topique (Freud, 2010). Elles sont, comme ce dernier, des points d'équilibre précaires, des attaches provisoires susceptibles de s'user et de se détruire lorsque les objets d'attachement, les personnes, les lieux, les convictions, etc. sont remises en cause, abîmées ou anéanties. Les valeurs sont le fruit de compromis trouvés à la hâte et dans une situation de grand danger. Elles sont en un sens choisies mais choisies dans le cadre d'une situation elle-même entièrement subie. Pour autant elles sont aussi, comme le moi freudien, ce pour quoi nous vivons, ce que nous défendons vis-à-vis de nous-mêmes et vis-à-vis des autres, ce que nous avons besoin d'aimer pour continuer d'exister ; elles sont en fait ce que nous nous représentons comme notre identité propre.

En quoi ce concept de valeur permet-il de répondre aux trois limites du concept d'habitus énoncées plus haut ? Premièrement, ce concept permet de reconnaître aux individus un certain pouvoir d'agir, certes limité, qui réside à la fois dans l'appropriation inconsciente de goûts, de convictions, d'habitudes et dans la distance réflexive

⁶ Counil E., « Travail exposé, travail protégé : un facteur dynamique d'inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 », *Revue ADSP*, n° 113, mars 2021, p. 41.

qu'il peut entretenir à l'égard de ces objets d'attachement. Ainsi, plutôt que de voir les effets d'habitus dans la quête de « petits plaisirs de la vie », la pratique de sports dangereux et le rejet des normes et savoirs médicaux, nous pourrions ainsi y voir l'affirmation de valeurs par lesquelles et grâce auxquelles le désir d'exister se trouve préservé. Deuxièmement, si les valeurs ainsi conçues sont d'abord protectrices, elles sont aussi destructrices sur le long terme et parfois autodestructrices. Cette matérialité des valeurs permet de rendre compte du gradient social de santé, dans la mesure où il est possible de penser des valeurs inégalement destructrices ou autodestructrices. Enfin, du fait même de cette matérialité, les valeurs ainsi conçues sont plus ou moins fortement exposées aux facteurs externes de vulnérabilité évoqués plus haut.

C'est ici que peut être introduite l'hypothèse de l'inégalité des valeurs. Que les valeurs soient plus ou moins destructibles ou vulnérables signifie qu'elles tiennent plus ou moins l'épreuve du temps, soit parce qu'elles sont liées à des contextes plus ou moins destructeurs, soit parce qu'intrinsèquement elles peuvent plus ou moins résister aux événements, aux changements, aux séparations, aux pertes, aux deuils, et plus généralement au passage du temps.

L'inégalité des valeurs permet ainsi de penser tout à la fois la gradualité des pressions exercées sur les corps et les esprits et la capacité plus ou moins forte des individus à y résister, en trouvant en eux (ou non) des valeurs suffisamment fortes. Encore faut-il ajouter que ces deux types de forces, extérieures et intérieures, sont en permanente interaction. Lorsqu'Édouard Louis écrit à propos de son père « tu ne peux plus conduire sans te mettre en danger, tu n'as plus le droit de boire d'alcool, tu ne peux plus te doucher ou aller travailler sans prendre des risques immenses », on voit bien comment la diminution du corps en partie provoquée par les conditions de travail est de nature à nourrir le découragement, la fatigue d'exister, sans doute le « goût de nécessité », les actes les plus banals de la vie quotidienne (se doucher, conduire, etc.) exposant à des « risques immenses » et nécessitant ainsi une bonne dose de courage. Quoi de plus fatigant que de devoir prendre des risques non pas même pour réaliser des activités qui nous tiennent à cœur mais pour continuer simplement d'exister ?

Conclusion

L'objectif de ce texte était de penser un modèle de compréhension de la vulnérabilité à partir du fait des inégalités sociales de santé. Au terme de l'analyse, deux dimensions indissociables apparaissent. Sous sa dimension interne d'abord, la vulnérabilité réside dans les dispositions acquises des individus qui résistent plus ou moins aux épreuves de l'existence. Sous sa dimension externe, la vulnérabilité s'explique par l'exposition aux dangers venant de l'extérieur. Le concept de valeur, tel que nous l'avons défini, nous semble précisément désigner ce qu'il y a de vulnérable en chaque humain. Conçues comme des attaches aux choses, personnes, lieux qui nous font tenir, les valeurs sont à la fois constituées au fil du temps et exposées à l'usure et à la destruction de forces externes.

L'hypothèse de l'inégalité des valeurs heurte certes frontalement la thèse libérale d'une incommensurabilité des valeurs. C'est sans doute la raison pour laquelle l'inégale vulnérabilité des individus reste difficilement

pensable dans une perspective strictement libérale selon laquelle, devant l'impossibilité de porter un jugement sur les valeurs, nous devons nous résoudre à ne juger normativement que de la possibilité dont chacun jouit ou non de réaliser ses propres valeurs. À l'encontre de la thèse de l'incommensurabilité des valeurs, de nombreux sociologues et philosophes ont cependant fait valoir que les personnes émettent des jugements de valeur sur leurs propres vies. Or, il est possible, en prenant au sérieux ces jugements, d'affirmer que certaines vies sont abîmées, détruites, « mutilées » (Adorno, 2003), voire « invivables » (Butler et al., 2021)⁷. L'hypothèse de l'inégalité des valeurs ne dit pas autre chose : ce qui relie les humains à la vie est plus ou moins susceptible d'usure ou de destruction.

Références

- Adorno, Theodor Wiesengrund, Éliane Kaufholz-Messmer, Jean-René Ladmiraal, et Miguel Abensour. 2003. *Minima moralia: réflexions sur la vie mutilée*. Nouv. éd. Petite bibliothèque Payot 477. Paris: Éd. Payot et Rivages.
- Bourdieu, Pierre. 1980. *Le sens pratique*. Le Sens commun. Paris: Éditions de Minuit.
- Butler, Judith, Frédéric Worms, Arto Charpentier, et Laure Barillas. 2021. *Le vivable et l'invivable: une conversation à l'initiative d'Arto Charpentier et Laure Barillas*. Questions de soin. Paris: PUF.
- Chung, Ryoa. 2021. « Structural Health Vulnerability: Health Inequalities, Structural and Epistemic Injustice ». *Journal of Social Philosophy* 52 (2): 201-16. <https://doi.org/10.1111/josp.12393>.
- Deguen Séverine, Zmirou-Navier Denis. (2010). « Expositions environnementales et inégalités sociales de santé », *Revue ADSP*, n° 73, décembre 2010.
- Delpierre, Cyrille, Stéphanie Vandentorren, Michelle Kelly-Irving, Damien Mouly, Émilie Council, Isabelle Grémy, Thierry Lang, et Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles. 2021. « Les inégalités sociales de santé à l'heure de l'épidémie de Covid-19 ». *ADSP* 113 (1): 35-49. <https://doi.org/10.3917/aedesp.113.0035>.
- Dumas, Alex, Cindy Bergeron, et Mathieu Savage. 2015. « Position sociale et style de vie. La variation sociale des pratiques de santé après un incident cardiaque ». *Recherches sociographiques* 56 (2-3): 437-61. <https://doi.org/10.7202/1034214ar>.
- Freud, Sigmund. 2010. *Le moi et le ça*. Petite Bibliothèque Payot 768. Paris: Payot & Rivages.
- Garrau, Marie. 2018. *Politiques de la vulnérabilité*. CNRS philosophie. Paris: CNRS éditions.
- Horton, Richard. 2020. « Offline: COVID-19 Is Not a Pandemic ». *The Lancet* 396 (10255): 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
- Louis, Édouard. 2018. *Qui a tué mon père*. Paris: Éditions du Seuil.
- Marmot, Michael G. 2015. *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. New York, NY London Oxford New Delhi Sydney: Bloomsbury Press.
- Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe (1986). *Promo-*

⁷ À propos de l'« invivable », Frédéric Worms écrit qu'il « doit comporter une destruction du soi qui est comme la mort et, s'il y a une analogie, ce n'est pas qu'elle soit « moins » que la mort, mais plutôt pire que la mort, précisément parce que la vie continue mais avec la mort de ce qui en fait une vie ou qui permet à quelqu'un de la vivre » (p. 19).

tion de la santé – charte d’Ottawa, Ottawa,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349653>

Tooley, Ursula A., Danielle S. Bassett, et Allyson P. Mackey. 2021. « Environmental Influences on the Pace of Brain Development ». *Nature Reviews Neuroscience* 22 (6): 372-84. <https://doi.org/10.1038/s41583-021-00457-5>.

Winnicott, Donald Woods, et Jeannine Kalmanovitch. 1996. *Processus de maturation chez l’enfant: développement affectif et environnement*. Réimpr. Science de l’homme. Paris: Payot.