

## **Les inégalités sociales de santé : un impensé du débat sur la marchandisation du corps ?**

*Paul-Loup Weil-Dubuc*

Pour citer cet article : Weil-Dubuc, Paul-Loup, « Les inégalités sociales de santé : un impensé du débat sur la marchandisation du corps ? », CIPPA – Éthique publique, vol. I, 2012-2013, n° 1, disponible sur : <http://cippa.paris-sorbonne.fr>

### **Introduction**

Des recherches récentes en philosophie morale interrogent les rapports entre le corps et l'argent. L'enjeu est de savoir s'il est immoral de vendre des parties de son corps ou des services corporels ou encore si la vente diffère moralement du don. Parmi les acteurs du débat français, Sylvianne Agacinski et Ruwen Ogien ont respectivement publié à ce sujet *Corps en miette*<sup>1</sup> [1] et *Le corps et l'argent*<sup>2</sup> [2]. La première développe une critique de pratiques aussi diverses que la prostitution, la gestation pour autrui (GPA) ou la vente d'ovocytes, autant de cas, pour elle, de « marchandisation du corps ». Ruwen Ogien soutient, quant à lui, qu'il n'y a rien d'immoral à vendre des parties de son corps, pourvu que les transactions soient équitables et que les contractants soient protégés. Nous ne souhaitons pas ici nous prononcer sur ce problème moral mais seulement mettre en évidence un problème politique que posent les pratiques dites de marchandisation du corps et qui ne se trouve jamais explicitement évoqué, ni par ses détracteurs ni par ses défenseurs : celui des inégalités sociales de santé.

### **Le problème des inégalités sociales de santé**

La critique de la « marchandisation du corps » prend certes un tour politique lorsque se trouvent dénoncées l'« exploitation » ou l'« aliénation biologique »<sup>3</sup> [3] des personnes les plus pauvres. L'argument dit en substance qu'une société est injuste dans laquelle leur position sociale conduit les individus les plus pauvres à faire commerce de leur corps. Cependant, formulé ainsi, cet

---

<sup>1</sup> S. Agacinski *Corps en miettes*, Paris, Flammarion, 2009.

<sup>2</sup> R. Ogien, *Corps et argent*, Paris, La Musardine, 2010.

<sup>3</sup> S. Agacinski, op. cit., pp. 94-100.

argument politique trahit le retour subreptice d'une condamnation morale. C'est en effet parce que la gestation pour autrui, par exemple, est préalablement considérée comme immorale que l'on dénonce l'aliénation ou l'exploitation subie par les mères porteuses. Il suffit, pour s'en rendre compte, d'appliquer le même raisonnement au camping : personne ne voit la moindre injustice dans le fait que les campeurs soient en moyenne moins favorisés que le reste de la population. Face à cette première critique politique de la marchandisation du corps, il est ainsi aisé, pour le « libéral moral » qu'est Ruwen Ogien, de montrer que la rémunération de la GPA ne pose aucun problème de justice sociale et, plus encore, qu'il serait injuste de priver d'une source de revenu ceux qui en ont le plus besoin. Comme un domino, cet argument politique s'effondre, pour lui, avec l'argument moral.

La GPA rémunérée pose pourtant un véritable problème de justice sociale, entièrement distinct de l'interrogation morale sur la pratique elle-même. Ce qui est problématique, du point de vue de l'équité, ce n'est pas que les mères porteuses soient en moyenne plus pauvres que les autres femmes. Ce ne sont pas même les risques sanitaires générés par la GPA. Ruwen Ogien a sans doute raison de dire à cet égard qu'il appartient « aux personnes concernées de décider par elles-mêmes, après avoir eu accès à toute l'information nécessaire, si elles veulent prendre certains risques avec leur propre santé ou être confrontées à certains problèmes pour venir en aide à un couple infertile »<sup>4</sup> [4]. Le véritable problème réside en réalité dans le lien de causalité qui unit ces deux faits : des femmes risquent de payer de leur santé la sécurité des femmes les plus aisées parce qu'elles sont démunies<sup>5</sup> [5].

Comme l'a montré Ulrich Beck, les progrès biotechnologiques contribuent à accroître les inégalités sociales, en créant de nouveaux risques, notamment sanitaires, face auxquels les individus ne disposent ni des mêmes informations ni des mêmes ressources<sup>6</sup> [6]. Le constat vaut bien évidemment pour le développement mondial d'un marché des organes dont Philippe Steiner a montré qu'elle induisait paradoxalement un renforcement des inégalités entre les être humains « précisément au moment où leur commune humanité est une nouvelle fois mise en évidence pour aider les individus en détresse médicale »<sup>7</sup> [7]. La perspective d'une légalisation de la GPA devrait aussi nous inviter à nous inquiéter du fait que, dans nos sociétés de plus en plus médicalisées, le développement de telles pratiques menace d'accroître les inégalités sociales, en particulier face à la santé. Bien qu'à notre connaissance, aucune étude n'ait à ce jour mesuré l'étendue de ces inégalités sociales de santé, on ne peut toutefois

---

<sup>4</sup> R.Ogien, *La vie La mort l'Etat*, Paris, Grasset, 2009, p.185.

<sup>5</sup> Pour ne parler que des risques sanitaires. On pourrait évoquer d'autres effets de ces pratiques, en particulier sur la perception de soi. Citant deux études sur la transplantation d'organes en Iran (J. Zargooshi, « Iranian Kidney Donors: Motivation and Relation with Recipients », *Journal of Urology*, 165(2), 2001, p. 386-392 et J. Zargooshi, « Quality of life of Iranian "donors" », *Journal of Urology*, 166(5), p. 1790-1799, 2001), Philippe Steiner évoque la « honte sociale » ressentie par les personnes qui ont décidé de vendre un rein (P. Steiner, source : [www.inegalites.fr](http://www.inegalites.fr), 10 mai 2010).

<sup>6</sup> U. Beck, *La société du risque*, trad. Laure Bernardi, Aubier, Paris, 2001, p.62-65.

<sup>7</sup> P. Steiner, art. cit., p. 15.

douter ni de leur existence actuelle ni de leur accroissement à venir si l'on tient compte à la fois des risques psychologiques et physiques auxquelles s'expose la mère porteuse et du développement d'un « tourisme » marchand mondialisé. Or, cette inégalité sociale face à la santé est problématique à deux titres. Elle l'est d'abord par ce qu'elle révèle : ce sont les plus pauvres qui sont le plus souvent disposés à prendre le risque de la GPA et, par-delà l'extrême diversité de leurs motivations, parfois altruistes, on ne peut nier l'influence de la pauvreté sur ces choix, soit matérielle, soit « psychosociale »<sup>8</sup> [8]. Mais, au-delà de ce qu'elles signalent, ces inégalités sociales de santé sont aussi problématiques en elles-mêmes puisqu'elles signifient que, statistiquement, une personne encourt d'autant plus de risques sanitaires qu'elle est pauvre<sup>9</sup> [9].

Il est en tout cas regrettable que ce problème ne soit jamais explicitement soulevé dans les réflexions actuelles sur la relation entre le corps et l'argent. Ruwen Ogien évoque les risques sanitaires, psychologiques et physiques, auxquelles s'exposent les mères porteuses mais jamais leur inégale répartition dans la société<sup>10</sup> [10]. Sylvianne Agacinski évoque furtivement le problème des inégalités sociales de santé lorsqu'elle écrit, par exemple, que « plus une femme vit de grossesses, plus les dangers qu'elle encourt augmentent »<sup>11</sup> [11]. Mais cette brève allusion demeure encapsulée dans une condamnation morale de la marchandisation du corps et manque d'exposer distinctement et pour lui-même le problème des inégalités sociales de santé.

Or, c'est à une critique plus profonde et plus globale de la société dans laquelle nous vivons, au regard de la dénonciation traditionnelle de la marchandisation du corps, que nous conduit l'examen du problème des inégalités sociales de santé. Les pratiques dites de marchandisation du corps sont en fait des gouttes d'eau dans un océan. On peut raisonner ici par dichotomie :

a) Il est d'abord nombre d'activités rémunérées qui ne consistent pas à prêter ou à vendre des parties de son corps ou des services corporels et qui s'inscrivent pourtant dans un processus social de « marchandisation des risques ». Amartya Sen évoque le cas des récolteurs de miel bengalis, exposant leur vie à des attaques de tigres dans la forêt de Sundarban<sup>12</sup> [12]. On pourrait citer d'autres exemples de professions à risque, plus contemporains et plus familiers – pensons aux pompiers ou aux employés des centrales nucléaires – pour montrer que les inégalités sociales de santé ne sont pas toujours les effets

---

<sup>8</sup> R. Wilkinson, *L'égalité c'est la santé*, trad. A. Grimaldi, Demopolis, Paris, 2010, pp.51-86. Richard Wilkinson a montré que les inégalités sociales de santé ne proviennent pas du revenu mais de facteurs psychosociaux (la position sociale, l'isolement affectif et le stress dès l'enfance), lesquelles expliquent en particulier les variations notables en termes de comportements à risque en fonction des positions sociales des individus.

<sup>9</sup> La pauvreté doit donc s'entendre ici, si l'on suit Wilkinson, en un sens relatif plutôt qu'absolu : on est pauvre dans une société donnée.

<sup>10</sup> R. Ogien, *La Vie La Mort L'Etat*, op. cit., p.184-186.

<sup>11</sup> S. Agacinski, op. cit., p. 103.

<sup>12</sup> A. Sen, *Un nouveau modèle économique*, trad. Michel Bessières, Odile Jacob, 2000, p.151.

d'une « marchandisation du corps », au sens où ses détracteurs entendent ce concept<sup>13</sup> [13].

b) Les comportements à risque reconnus comme les plus destructeurs à l'échelle de la population mondiale<sup>14</sup> [14], le tabagisme et l'alcoolisme, sont des activités individuelles. Bien que celles-ci ne soient pas rémunérées et ne visent pas à satisfaire les besoins ou les intérêts d'autrui, elles ont pourtant une dimension sociale incontestable : une étude de l'Institut National de Veille Sanitaire, publiée en 2009, indiquait que, parmi les hommes français, 37 % des ouvriers fumaient contre 19 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures.

c) Les inégalités sociales de santé ne dérivent pas toujours, enfin, de situations dans lesquelles un individu est conduit, comme la mère porteuse ou le récolteur de miel, à prendre des risques à la faveur d'une décision et en toute connaissance de cause. Elles sont les résultantes d'un ensemble complexe de facteurs qui échappent le plus souvent aux agents et parmi lesquels figurent principalement les conditions de travail, d'habitat, d'éducation et les habitus socio-culturels<sup>15</sup> [15].

L'examen des inégalités sociales de santé nous permet donc de porter notre regard sur un large éventail de situations humaines, bien au-delà des cas dits de marchandisation du corps. Il nous invite aussi à soulever un problème de justice sociale plus profond et plus préoccupant : non seulement les plus pauvres vivent moins longtemps que les plus riches mais on peut mettre en évidence, à l'échelle nationale, l'existence d'un gradient de santé tout au long de la structure sociale, c'est-à-dire d'une corrélation étroite et rigoureuse entre la position sociale des individus et leur espérance de vie<sup>16</sup> [16].

Enfin, alors que les participants au débat sur la « marchandisation du corps » se prononcent sur la moralité ou l'opportunité d'une légalisation de telle ou telle pratique, le problème des inégalités sociales de santé nous invite à considérer un spectre plus large d'interventions possibles. Si l'interdiction demeure une option envisageable pour corriger les inégalités sociales de santé que nous jugerions injustes, elle n'est pas a priori la plus souhaitable. Personne ne songerait par exemple à interdire la consommation de tabac alors qu'elle contribue grandement à ces inégalités. De la même manière, il serait loin d'aller

---

<sup>13</sup> On peut s'interroger sur les limites de cette supposée « marchandisation du corps ». Dans le cas d'activités à risque comme la récolte de miel dans les forêts du Bengale, le récolteur utilise son corps pour satisfaire la demande de ceux qui ne veulent pas courir le risque de se faire dévorer par un tigre. Pourquoi ne pourrait-il pas s'agir dès lors d'un service corporel ?

<sup>14</sup> Le « Rapport 2002 la santé dans le monde » (OMS) indiquait que le tabac et l'alcool étaient respectivement responsables de 8,8 % et de 3,2 % des décès dans le monde (pp.70-71).

<sup>15</sup> A ce sujet, voir A. Leclerc, D. Fassin et alii (eds), Les inégalités sociales de santé, Paris, La Découverte, 2000.

<sup>16</sup> Les enquêtes de Villermé en France et d'Edwin Chadwick en Angleterre, notamment, avaient certes dévoilé, dans la première moitié du 19<sup>e</sup> siècle, l'extrême vulnérabilité des couches les plus pauvres de la société. Mais au-delà du seuil de la misère, on ne prêtait pas attention aux inégalités de santé. En révélant ce gradient social, les auteurs du « rapport Black » (1980) ont ouvert un important champ de recherche sur les causes de ce qu'il était dès lors convenu d'appeler les « inégalités sociales de santé ».

de soi qu'il faille interdire la GPA au motif que cette activité génère des inégalités de santé. D'un point de vue strictement sanitaire, il n'est pas même certain que sa légalisation, et l'encadrement sanitaire qu'elle tend à favoriser, ne la rende pas moins dangereuse que son interdiction.

### **En quoi les inégalités sociales de santé sont-elles injustes ?**

L'examen des rapports entre corps et argent offre ainsi l'occasion de poser cette question à la forte résonance rawlsienne : « les inégalités sociales de santé sont-elles injustes ? ». La réponse est loin d'être évidente. Pour que les inégalités de santé soient considérées comme injustes, il faudrait pouvoir montrer que la santé est un bien si fondamental que son inégale répartition doive être tenue pour injuste. Pourquoi le serait-elle davantage que la gaité du tempérament ou la possession d'un ordinateur ? Thomas Pogge défend la thèse<sup>17</sup> [17] selon laquelle l'Etat n'a pas vocation à redistribuer les « ressources internes » que sont l'« intelligence », « le talent » ou encore la « santé ». Leur répartition peut être malheureuse mais jamais « injuste ». Corriger les inégalités de santé reviendrait pour lui à établir une hiérarchie entre différents états et, par là, à violer le principe de la neutralité de l'Etat à l'égard des conceptions du bien. Prétendant s'inscrire dans une perspective rawlsienne, Pogge affirme que seules les « ressources externes », à savoir les libertés, les opportunités et les richesses doivent faire l'objet d'une redistribution indépendamment des besoins de santé des membres de la société. Bien entendu, un tel effort de coopération contribue à réduire la part importante des inégalités sociales de santé qui dépend de la répartition des ressources externes. Les discriminations ethniques entraînent en effet de fortes disparités en matière d'espérance de vie et il est en outre évident que le revenu joue un rôle important dans la qualité de vie et la longévité d'un individu. Mais la part non moins considérable des inégalités sociales de santé due aux habitus socioculturels, à l'éducation, au climat, à tout ce qui, par-delà leur dotation en ressources, distingue les individus, se trouve exclue du domaine d'intervention légitime de l'Etat.

Nous connaissons la critique adressée par Amartya Sen à l'indice rawlsien des « biens premiers sociaux » : il serait insensible aux différentes aptitudes que possèdent les individus pour convertir les ressources en « capacités ». Selon une telle approche, la santé, qui rend possible un grand nombre d'états et d'actions fondamentaux, doit être considérée comme une « capacité de base », statut auxquels ne peuvent prétendre ni la gaité du tempérament ni la possession d'un ordinateur. Assurer l'équité en matière de santé ne suppose donc pas de distribuer à chacun un lot égal de ressources mais plutôt de moduler la distribution des ressources en fonction des capacités individuelles à accéder à la santé, lesquelles dépendent de paramètres physiologiques, climatiques, environnementaux et culturels<sup>18</sup> [18].

---

<sup>17</sup> Ces thèses sont développées dans T. Pogge, « Relational Conceptions of Justice : Responsibilities for Health Outcomes » dans S. Anand, F. Peter et A. Sen (eds), *Public Health, Ethics and Equity*, Oxford, Oxford University Press, 2004, p.135-161.

<sup>18</sup> A. Sen, « Why Health Equity? », dans S. Anand, F. Peter et A. Sen (eds), *op. cit.*, p.21-33.

A ces deux approches, « ressourciste » et « capabiliste », correspondent deux réponses possibles à la question de savoir dans quelle mesure les inégalités sociales de santé doivent être tenues pour injustes, lesquelles commandent à leur tour deux types de politiques publiques face à ces inégalités.

### **L'exemple de la GPA**

Revenons à notre premier exemple. Si l'on se situe dans une perspective strictement « ressourciste », l'on ne verra pas d'injustice à ce que les individus les plus défavorisés aient recours à la GPA, pourvu que, comme l'impose le principe de différence rawlsien, l'enrichissement collectif soit toujours à l'avantage de ces derniers. Libre à eux d'employer ce surcroît de ressources à des activités moins dangereuses pour leur santé que la GPA. Cette perspective est néanmoins contestable puisqu'elle ne modifie en rien cet état de fait problématique selon lequel ce sont les personnes les plus défavorisées qui s'exposent le plus souvent aux dangers sanitaires de la GPA et qui risquent, ce faisant, d'encourir la double peine de la pauvreté et de la maladie.

Une approche « capabiliste » exigera au contraire que l'on porte attention aux possibilités offertes à la mère porteuse de choisir d'autres fonctionnements. Connaît-elle les risques de la gestation ? Habite-t-elle dans une région qui lui offre d'autres moyens de subsistance ? Bénéficie-t-elle des conditions d'une sécurité sanitaire maximale ? Questions qui se résument en fait en une seule : la mère porteuse subit-elle les effets sanitaires de sa pauvreté ? Si l'on peut établir qu'il en est bien ainsi, on pourra alors affirmer que la GPA est une des pratiques, parmi de nombreuses autres, dont une politique globale de réduction des inégalités sociales de santé devrait limiter les usages les plus problématiques en intervenant, en amont, sur leurs déterminants sociaux.

De nouvelles difficultés apparaissent cependant lorsque l'on se demande comment lutter contre les inégalités sociales de santé. Les politiques menées en ce sens à travers le monde mettent l'accent sur l'« éducation pour la santé » ou la désincitation des personnes les plus exposées. Mais elles traduisent peut-être une forme discrète de paternalisme moral, selon lequel l'acte de fumer, par exemple, est toujours considéré comme l'effet d'un déterminisme social et le fumeur comme un individu à « responsabiliser »<sup>19</sup> [19]. Une politique d'encadrement de la GPA qui viserait à éprouver les « motivations réelles » des mères porteuses potentielles n'échapperait sans doute pas à cette objection de paternalisme. Une autre voie, qui évite cet écueil, consiste moins à agir sur les comportements que sur leurs déterminants sociaux, c'est-à-dire à prendre en considération les inégalités sociales de santé dans l'ensemble des politiques publiques (politiques de la ville, de logement, du travail, etc.) de telle sorte que les effets sanitaires du positionnement social de chacun soient atténués.

### **Conclusion et hypothèse méta-éthique**

---

<sup>19</sup> L. Berlivet, "Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention", dans D. Fassin et D. Memmi (eds.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'EHESS, 2004, p. 37-75.

Nous ne souhaitons pas aborder le problème moral posé par les pratiques dites de marchandisation du corps. Notre intention était seulement de mettre en lumière le seul problème politique qui mérite de l'être au sujet de la GPA : celui des inégalités sociales de santé.

Bien qu'on ne l'évoque jamais dans le cadre des réflexions récentes sur les liens entre corps et argent, nous pourrions faire l'hypothèse, dans une perspective méta-éthique, que ce problème contribue à nourrir la réprobation morale que l'on peut intuitivement éprouver à l'égard des pratiques dites de « marchandisation du corps », quoiqu'il dépasse largement ces dernières. Un dernier exemple permettra d'en témoigner : depuis les années 1990, une pratique s'est développée dans le champ de l'assurance de santé, qui consiste à payer ou à inciter financièrement les assurés pour qu'ils prennent soin de leur propre santé. En Allemagne, notamment, il est devenu légal et même recommandé d'octroyer des primes d'assurance à moindre coût à toute personne acceptant de se plier à certaines contraintes dans la gestion de sa propre santé (inscription dans des centres sportifs, recours fréquent et régulier à des examens médicaux, etc). L'objectif d'une telle disposition est clair : il s'agit, pour l'assurance, de maîtriser les dépenses curatives que risqueraient d'occasionner des modes de vie risqués.

Nous avons là un exemple patent de « marchandisation du corps », « positive » pourrait-on dire, dans la mesure où tout se passe comme si l'assuré était « employé » par l'assurance pour la gestion de son propre corps. Mais cette pratique ne choque personne, sans doute parce qu'elle est favorable à la santé de ceux qui l'exercent, contrairement aux cas de « marchandisation du corps » les plus décriés.