



Les grandes tendances

Quelle est la relation entre problèmes de santé et précarité ? Si on ne constate pas de pathologies spécifiques à la pauvreté, certaines populations cumulent les facteurs de risque pour la santé et les pathologies non traitées.

« En moyenne, la santé de la population est bonne et s'est améliorée en dix ans... En revanche, si, sans se contenter de l'examen des moyennes, on se penche sur les écarts, la situation apparaît moins satisfaisante : l'importance des inégalités entre groupes sociaux ou entre régions, l'accentuation, au cours des dix dernières années, de ces disparités entre groupes, mais également à l'intérieur des groupes, invite à nuancer le jugement... » Tel est le constat livré par le Haut Comité de la santé publique dans son rapport *La santé en France* publié en novembre 1994. Cette appréciation générale, positive, est très vite relativisée.

À côté des progrès indéniables en termes d'allongement de l'espérance de vie, voire de qualité de vie, d'évolution des profils de morbidité et des causes de décès, le rapport souligne non seulement la persistance mais l'aggravation des inégalités sociales face à la maladie et la mort. « Dès que l'on se penche sur les écarts que cachent la moyenne et les descriptions synthétiques, dès que l'on s'intéresse davantage aux problèmes qualitatifs, il devient nécessaire de nuancer, voire de contredire le jugement globalement positif que nous avons porté, surtout si l'on prend en compte l'état de santé de certains groupes et sous-groupes de population définis principalement selon des critères sociaux ».

Plus loin, le rapport, dans une véritable mise en garde, anticipe en rappelant que « l'état de santé que nous constatons en 1994 est, d'une certaine manière, le produit de la prospérité d'après-guerre, celle des « trente glorieuses ». Ce n'est que dans une vingtaine d'années que se traduiront peut-être, avec les indicateurs de santé, les effets de la crise économique et du chômage qui se poursuivent depuis les années 1975. »

Y a-t-il des maladies de la précarité ?

« La santé, ce n'est pas seulement les soins. Vivre dans la pauvreté, c'est vivre dans les soucis. Quand tout manque, les parents se sentent humiliés. De plus, la pauvreté attaque la santé : le bruit, la pollution, les mauvais logements, l'humidité, l'inquiétude, tout cela au long des années, ça use le corps et l'esprit »*.

Oui et non, serions-nous tentés de répondre avec la réserve des limites des études et des sources disponibles.

Non en ce sens qu'il n'y a pas de maladies « spécifiques » à la pauvreté ou plus précisément de maladies autres que celles connues et décrites à ce jour.

* Colloque de l'OMS à Bruxelles, 1993

De l'indicateur à l'indice

Espérance de vie...

Avec une espérance de vie moyenne de 77,7 ans, la France se place en 1991 au premier rang de l'Union européenne.

En 1935, l'espérance de vie des Français s'élevait à 55 ans pour les hommes et à 61 ans pour les femmes. En 1991, elle atteint 73 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes. Cela nous donne des gains respectifs de 18 et 20 ans sur une période de 55 ans.

L'examen de l'espérance de vie révèle que Japonais, Islandais ou Suédois vivent entre 76 et 79 ans, mais qu'en Afrique subsaharienne, on vit rarement plus de 50 ans.

...et catégorie socioprofessionnelle

Sur la période 1980-1989, l'écart d'espérance de vie entre le groupe des cadres supérieurs et celui des manœuvres était de 8 ans à 35 ans et de 4,5 ans à 60 ans. Ces écarts ont augmenté car la baisse de la mortalité a davantage touché les catégories du haut de l'échelle sociale (2,3 ans d'espérance de vie en 20 ans pour les cadres contre 1,5 an pour les manœuvres).

Indicateur de développement humain

L'indicateur de développement humain est un indice composite (emploi, PIB par

habitant, revenus, espérance de vie, nutrition, éducation, santé...) proposé par le programme des Nations Unies pour le développement. Son intérêt est de renseigner de manière plus large que l'indicateur sur l'espérance de vie.

Cet indice place la France au 8^e rang des nations derrière le Canada, les États-Unis, le Japon, les Pays-Bas, la Finlande, l'Islande et la Norvège et juste devant l'Espagne, la Suède, l'Australie, la Belgique, la Suisse, l'Autriche et l'Allemagne...*

* Source AFP, 17 août 1995

Par contre, ce qui ressort, et fortement, de toutes les évaluations tentées, c'est le constat du cumul et de l'intrication des symptômes, des maladies et des facteurs de risque que l'on retrouve en même temps chez les personnes et les groupes les plus fragilisés.

Précisons que chez les plus marginalisés, on retrouve des tableaux pathologiques avec des affections que l'on ne voit plus dans les contextes des pays développés.

Tout cela aggravé par des déficiences multiples du fait des conditions de vie (non et/ou mal-logés, sous et malnutrition, hygiène, climat affectif, insécurité et dégradation de l'image de soi et du regard social...) et des rapports au système de soins et de protection sociale.

« Les personnes interrogées par le Crédoc se caractérisent dans l'ensemble par un plus mauvais état de santé que le reste de la population française. La détérioration de leur santé est associée à une plus forte insécurité en matière d'emploi, ainsi qu'aux ruptures subies au cours de l'existence. Le Crédoc observe cependant que les bénéficiaires du RMI sont plus nombreux à se déclarer en bonne santé, ce que confirment les acteurs sociaux interrogés par le CEBS qui voient là l'effet positif des mesures favorisant l'accès aux soins. Néanmoins, les acteurs de terrain font également le lien entre le mauvais état de santé et le manque de logement ou la situation de misère en général. Ils relèvent la malnutrition, détectée notamment dans le cadre scolaire, mais aussi pour les

► **Extrait du** rapport du Conseil économique et social. *Évolution des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*, juillet 1995

► Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc)

► Centre d'économie des besoins sociaux de la faculté des sciences économiques de Nantes (CEBS)

bénéficiaires du RMI. Aux troubles visuels, dentaires, auditifs, et à la résurgence de maladies telles que la tuberculose, les affections cutanées ou l'alcoolisme, il s'ajoute la toxicomanie (qui peut être conséquence ou cause de pauvreté) mais aussi une augmentation des troubles psychiques (dépressions, destructuration, etc.) et surtout une souffrance psychologique et sociale non prise en charge par la psychiatrie, mais suffisamment perturbante pour compromettre l'insertion sociale. Les acteurs sociaux constatent chez certains jeunes un manque de sommeil et une surconsommation de tranquillisants ou de somnifères. »

La santé en milieu urbain

Les études et les actions de santé menées auprès des populations urbaines destinataires des interventions publiques ont permis d'accumuler quelques données sur leur santé. Elles peuvent être regroupées et résumées en trois ensembles : les situations et les problèmes de santé, une caractérisation des éléments du rapport à la santé et au système de santé de ces populations et la genèse des processus de désinsertion sociale et de dégradation de la santé.