

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.

Les problèmes de santé

Les études de morbidité diagnostiquée et de morbidité ressentie n'ont pas montré l'existence de pathologies spécifiques aux populations urbaines précarisées mais elles font ressortir deux types de problèmes de santé où se conjuguent l'influence de la paupérisation et celle du nouvel habitat des grands ensembles.

Les sites urbains destinataires des procédures d'insertion et de développement social urbain sont caractérisés le plus souvent par la multiplication de phénomènes sociaux et de problèmes d'habitat. Ceux-ci peuvent être considérés comme des facteurs de risque pour la santé : taux élevé de chômage, concentration de familles nombreuses, pourcentage élevé d'immigrés économiques, désorientation de jeunes

Définitions

Pauvreté

■ On ne peut approcher la pauvreté qu'en utilisant divers indicateurs de type monétaire (salaires, revenus). Pris isolément, ils sont vivement contestés, mais, croisés avec d'autres indicateurs (logement, emploi, santé...), ils donnent une idée précise des caractéristiques des familles touchées par un cumul de facteurs de pauvreté.¹

■ État d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources.

1. La notion de pauvreté est relative, et le seuil de pauvreté est apprécié de façon variable selon l'histoire, les cultures, le niveau de vie moyen du groupe observé, et selon l'observateur. Les pays disposant d'une protection sociale définissent leur seuil de pauvreté.

2. Pour une collectivité ou une personne la pauvreté a en général des conséquences sanitaires, par insuffisance de l'alimentation, par absence d'hygiène, etc.²

Extrême pauvreté

■ Voici des indicateurs qui peuvent être utilisés en vue de définir l'extrême pauvreté :

- la pauvreté héritée ou existant depuis longtemps (à l'ex-

clusion d'un chômage récent ou d'une pauvreté accidentelle) ;

- une accumulation et une combinaison de difficultés (santé, logement, éducation) ;
- l'appartenance à une population autochtone ou à un groupe vivant dans le pays d'accueil depuis plus de dix ans ;
- l'histoire personnelle ou collective ;
- le sentiment de différence, d'exclusion ou de marginalisation.

L'indicateur économique (à savoir le niveau de revenu) est trop fréquemment le seul critère utilisé. Des facteurs socioculturels doivent être utilisés afin de décrire précisément la réalité de la pauvreté.³

Précarité

■ La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se

prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.⁴

■ Il est assez fréquent de voir appréhender les situations de précarité à travers certaines catégories de populations censées y être plus que d'autres exposées, les populations dites « à risque » ou les populations effectivement « prises en charge ».

Les populations « à risque » sont le plus souvent des catégories répertoriées dans une perspective de prévention, à partir de divers critères qui peuvent être relatifs à :

- un événement (naissance prématurée, séparation du couple...)
 - un état de santé (handicap, éthylisme...)
 - une situation familiale (enfant orphelin, femme seule chef de famille, famille nombreuse...)
 - des conditions de vie (habitat insalubre, chômage, indemnité...)
 - une appartenance ethnique (immigrés, gens du voyage...).
- Les populations « prises en charge » sont le plus souvent des catégories définies par le fait qu'elles font effectivement

l'objet d'une assistance de la société sous des formes variées.⁴

Exclusion

■ Terme paradoxal. Le préfixe *ex* (hors de) devrait le limiter aux individus qui, faisant partie d'un groupe, en sont rejetés, alors que *cludere* signifie fermer et permet d'étendre la signification du mot également à l'interdiction et au rejet de ceux qui n'en font pas partie.

On considère ainsi comme exclus non seulement les membres soumis à une procédure prévue et directe de rejet (les exclus du PCF) mais également ceux qui sont exclus indirectement, parce qu'ils ne possèdent pas les mêmes droits ou ne peuvent participer aux mêmes activités que les autres (immigrés, handicapés).⁵

1 Insee, *Bloc-notes de l'observatoire économique de Paris*, 1985.

2 Sourmia J.-C. *Dictionnaire français de santé publique*. Paris, éditions de santé, 1991.

3 OMS, *Organization of health care for disadvantaged groups*. Copenhague, WHO regional office for Europe, 1991.

4 J. Wresinski, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris, *Journal officiel*, 1987.

5 M. Grawitz, *Lexique des sciences sociales*. Paris, Dalloz, 1991.

sans perspectives, limites des revenus, cadre de vie peu attrayant, pollution, accidents fréquents notamment chez les enfants petits et les jeunes...

Toutes les études font ressortir la fréquence plus élevée qu'ailleurs des troubles visuels souvent non appareillés, des pathologies dentaires, des problèmes articulaires et dermatologiques, des troubles respiratoires, des céphalées, des perturbations psycho-relationnelles et de phénomènes dépressifs, des conduites de dépendance alcoolique et toxicomaniaque.

Le rapport à la santé

Le rapport à la santé est souvent marqué par le non-souci de soi, l'occultation des problèmes, la négligence ou le déni. La grande majorité de ces personnes ne pensent à leur santé que lorsque les troubles deviennent des handicaps ou à l'arrivée de l'accident. Elles se préoccupent peu de leur rythme de vie, de leur régime alimentaire, des conditions de sécurité. Le recours aux soins se fait tardivement.

Le rapport au système de santé est souvent difficile. Il convient de souligner qu'en matière de soins le système d'offre libéral est en général moins développé dans les quartiers considérés comme « en difficulté », ce qui pose des problèmes d'accessibilité. L'offre institutionnelle y est, par contre, bien mieux implantée et mieux adaptée mais manque de moyens et se heurte aux cloisonnements entre les institutions. Beaucoup d'habitants des sites où se développent des politiques d'insertion sont éloignés des usages habituels des professionnels du soin et des structures de santé, ce qui contribue à leurs réticences à y avoir recours et à leur difficulté à en tirer parti de manière satisfaisante.

Le processus de désinsertion sociale et dégradation de la santé

Les études qualitatives portant sur les itinéraires de vie de personnes en grande difficulté montrent l'interaction très forte entre les processus de fragilisation sociale et de dégradation de la santé. La reconstitution des histoires de vie de ces personnes fait apparaître des constantes : les difficultés d'insertion à l'école, dans l'emploi, face au logement se conjuguent souvent avec des troubles psycho-relationnels et des ruptures familiales.

Le chômage

Un mal qui rend malade ?

Quand, en 1976, la ville de Fougères voit trois de ses usines de chaussures fermer, le nombre des admissions à l'hôpital augmente de 20 % (l'accroissement maximum habituel est de 5 %). C'est ce que révèlent les résultats d'une étude de Martine Bungener, chercheur au CNRS-ASH*. La relation entre inactivité et problèmes de santé est établie. Contrairement aux ouvriers actifs hospitalisés qui souffrent en général de maux liés à la pénibilité du travail, les patients chômeurs se trouvent plus souvent dans la catégorie « symptômes mal définis, pathologies peu claires de type dépressives ».

Le chômage est indiscutablement un facteur de stress surtout si, comme cela se produit actuellement, il est prolongé et extensif. D'une part, sa perspective accroît le stress des actifs en augmentant les frustrations et l'anxiété et en diminuant la solidarité, d'autre part, il est insécurisant pour le chômeur auquel il fait perdre le statut social reconnu de travailleur et auquel il apporte également son contingent de misère et précarité.

Le chômage

En mars 1995, **3 287 800** demandeurs d'emploi étaient inscrits à l'ANPE. Parmi ceux-ci **1 224 000** l'étaient depuis plus d'un an (chômeurs de longue durée). En 1994, le chômage de longue durée a augmenté de 13,8 % par rapport à 1993, il a pratiquement doublé en dix ans et touche toutes les tranches d'âge et toutes les catégories socioprofessionnelles.

Le revenu minimum d'insertion (RMI)

Le 31 décembre 1994, on comptait **908 336** allocataires du RMI. Ce nombre a augmenté de 14,6 % par rapport à 1993 et plus que doublé en cinq ans. Avec les conjoints et les enfants à charge, près de 1,8 million de personnes bénéficient de la prestation, soit plus de 3 % de la population française.

Bénéficiaires des principales mesures emploi**

Travail temporaire	290 000
Associations intermédiaires	44 505
Apprentissage y compris secteur agricole	265 000
Contrat de qualification	152 000
Contrat d'adaptation	46 000
Contrat d'orientation	13 000
Contrat de retour à l'emploi	180 000
Entreprises d'insertion	6 803
Autres stagiaires AFPA	420 000
Contrat emploi solidarité	434 000
Crédit formation jeunes	150 000

* M. Bungener, *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 1929, 2 juin 1995

** mars/avril 1995