

Santé—précarité

Notice d'utilisation

C'est plus l'application que la conception d'une politique de santé publique en direction des populations en situation de précarité qui pose problème. Personne, en effet, ne dénierait la nécessité d'œuvrer à supprimer la différence d'espérance de vie entre les exclus et les nantis. Il me semble nécessaire cependant de dresser quelques mises en garde contre une action trop technocratique ou au contraire trop naïve. Car les limites sont fragiles entre une politique de santé publique ciblée en direction des populations en situation de précarité et un renforcement d'un contrôle social, dont, sous prétexte de montée de la crise, on a un peu trop oublié les dangers très réels.

Parler de santé et de précarité oblige à définir des indicateurs de qualité de vie et de bien-être. Cette problématique qui tend à relayer celle plus classique du changement social peut fournir une méthodologie permettant de renouveler des politiques sociales essoufflées.

Du social à la santé : un thème complexe...

Une politique de santé publique en direction des populations précaires ne peut se cantonner au problème de l'accès aux soins.

Le problème le plus urgent est bien sûr celui de l'accès aux soins ; il n'est pas encore réglé et la tentation de construire des systèmes de droits spécifiques pour ceux qui n'entrent pas dans les catégories définies par l'emploi ou le lien familial, subsiste, ne serait-ce que parce que la complexité a toujours fortifié le pré carré des administrations.

Mais on possède, si l'on est de bonne foi, tous les éléments pour permettre à tous un accès égal aux soins : on peut généraliser le droit à l'assurance maladie sous seule condition de résidence et faire gérer une prise en charge du ticket modérateur sous conditions de ressources par la sécurité sociale.

Le second problème, en termes de soins et de prévention est celui de l'adaptation de notre système de santé aux conditions de vie des personnes : plus que de services et d'équipements spécialisés, tels ceux développés dans une optique de médecine sociale au début du siècle, il s'agit plutôt de diversifier les moyens d'intervention en fonction d'une analyse des besoins, qui doit être effectuée lieu par lieu.

Ces deux démarches, l'accès aux soins et l'amélioration du système de santé, restent dans le domaine du système de santé. Il est une troisième approche de santé publique qui vise à répertorier l'ensemble des déterminants de la santé, notamment les conditions de vie, et à œuvrer pour leur modification. Il me semble qu'il convient cependant de conserver toujours une démarche pragmatique, d'analyser secteur par secteur les déterminants de la santé et les améliorations possibles, plutôt que de construire un système d'explication global, très satisfaisant, mais inefficace.

...un thème dangereux

Quand on traite de la santé des populations en situation de précarité, il y a toujours un risque de les instrumentaliser. En effet, il y a des raccourcis dangereux et notamment

ceux qui, d'une analyse de corrélations voire de causalités tireraient un mode d'action : parce que les personnes en situation de précarité plus que d'autres seraient dépendantes des drogues légales et illégales, il est tentant de réduire une politique d'amélioration de la santé des personnes en situation de précarité à l'éradication de ces fléaux. Mathématiquement, épidémiologiquement, on a peut-être raison ; sans doute pas d'un point de vue pragmatique, politique ou éthique.

Car c'est confondre un type de mesure de l'état de santé et cet état lui-même que de viser avant tout le rallongement de l'espérance de vie moyenne par catégorie socio-professionnelle. « Éliminer les morts prématurées évitables n'est pas supprimer les conditions de vie dégueulasses ; rallonger l'espérance de vie n'est pas redonner de l'espoir à ceux qui n'en ont pas d'autre que de jouer au loto » (J.-M. Belorgey). En tous cas, il n'est pas admissible d'avoir une conception si étriquée de la santé que le bien-être physique, psychique et social ne se traduirait que par un indicateur de beaucoup vivre, jamais de bien vivre, que toute mort serait acceptable, même la plus dure individuellement et collectivement, à condition qu'elle intervienne, en moyenne, toujours plus tard.

D'un simple point de vue de santé, il faut donc qu'un travail de réflexion en amont nous aide à produire des indicateurs de qualité de vie et de mort plus efficaces heuristiquement que le simple comptage de l'âge moyen des décès. Sans parler d'une définition des populations en situation de précarité plus fine que celle donnée par les

catégories socioprofessionnelles, qui tiennent compte du fait que l'exclusion est plus un processus d'interaction entre les caractéristiques d'individus et les conditions de vie de leur environnement social et économique qu'une catégorie sociale.¹

La fin des grandes utopies

Définir une politique de santé publique pour les personnes en situation de précarité doit être fait avec précaution, aussi parce que ce thème sert actuellement d'alibi à l'incapacité des politiques sociales à s'adapter aux nouvelles conditions sociales.

Je pense que l'accentuation par les politiques sociales de la thématique de la santé est d'une certaine manière une tentative de reconstruire un mythe acceptable pour le secteur social : les concepts de bonne santé, d'hygiène de vie, les objectifs quantifiables d'accès à un statut social, d'amélioration d'indicateurs cliniques sont sans doute plus efficaces pour mobiliser hommes et crédits que les concepts flous qui tournent autour de l'insertion.

Ce sont aussi des objectifs plausibles, plus en tous cas que l'insertion professionnelle : « buvez moins ou faites vous immatriculer à la sécu » plutôt que « cherchez un emploi, il n'y a pas d'emploi, cherchez un emploi... »

Ce n'est pas anodin cependant de remplacer des objectifs idéologiques par des indicateurs épidémiologiques :

- c'est accorder un crédit démesuré aux enquêtes et autres sondages dans lesquels on apprend régulièrement que les exclus se sentent en moins bonne santé que les personnes bien insérées socialement et professionnellement ; comme si les pauvres quand ils sont sondés n'avaient pas une conscience très forte de la représentation qu'ils se donnent et nous donnent et notamment du fait qu'on admettrait assez mal socialement qu'ils nous disent qu'ils sont très heureux de ne pas travailler, qu'ils sont en excellente forme physique et mentale, qu'ils jouent au loto et au PMU leurs allocations et boivent et fument le reste ;

- c'est tout simplement remplacer un objectif révolutionnaire par un objectif technocratique, les deux fonctionnant sur le même schéma dans lequel ce sont des experts, une avant-garde ou des scientifiques qui disent quel est le bien pour les autres.

Une approche communautaire

Il me semble qu'on peut continuer à travailler sur le thème de l'amélioration de la santé des populations en situation de précarité, à condition d'avoir de la santé une conception à la fois large et ciblée : large, au sens de la définition de l'OMS, d'un état de bien-être physique, psychique et social et ciblé au sens où ce bien-être s'appréciera selon des critères qui seront différents selon les communautés et que les modes d'intervention seront définis en conséquence.

Alors ce thème pourra inspirer un renouvellement de la démarche à l'œuvre dans les politiques sociales, de manière à prendre en compte le fait que c'est plus le lien communautaire qui est facteur de cohésion sociale que le lien sociétaire ou, pour le dire autrement, que les solidarités de proximité reprennent une importance très grande par rapport à la solidarité nationale, souvent abstraite et dispensée selon une logique d'assistance.² Pour le dire encore autrement, s'inspirer de la démarche à l'œuvre en santé communautaire pour définir les politiques sociales (qui auront d'ailleurs un impact très grand sur l'état de santé des personnes), c'est renoncer au modèle avant tout juridique, généralisateur et basé sur une aide exclusive à l'individu.

Car il n'est plus le temps où tout le monde souhaitait et pouvait espérer obtenir un travail mieux rémunéré que celui de son père, fonder une famille stable et devenir propriétaire de son logement ; il est dangereux de faire comme si le plein emploi était un horizon réaliste, comme si un divorce ne guettait pas un mariage sur trois et de définir pour les autres une insertion en papier.

Une nouvelle méthodologie pour les politiques sociales

Au fond, plutôt que d'espérer que la problématique santé-précarité va améliorer les conditions de vie des personnes en situation de précarité, parce que les objectifs d'amélioration de la santé seraient plus importants que les objectifs de changement social, je pense que son introduction peut d'abord changer les méthodes selon lesquelles on conçoit et développe les politiques sociales.

Et notamment de développer un schéma dans lequel les professionnels sont tenus à une obligation de moyens et non de résultats.

Ceci d'une part parce qu'il est impossible de certifier des résultats aussi improbables que l'insertion professionnelle ou même sociale, le niveau de formation et sa valeur sur le marché du travail etc. mais aussi parce que ce qui importe, ce sont les processus à l'œuvre plus que leur finalité ; enclencher une dynamique plutôt que construire une situation.

Donner des obligations de moyens, et non de résultats est aussi ce qui nous prémunira des dangers du contrôle social : pas d'injonction aux soins ni au travail, pas d'obligation de formation ou d'insertion, pas de mode de vie obligatoire. mais une obligation pour la société d'offrir des possibilités multiples d'entrée.

L'approche en termes de santé et de précarité permettra sans doute si on prend garde à ne pas en faire une politique globalisante, où se combattraient les impérialismes des professionnels du social et du sanitaire, de dépasser le modèle de l'expert tout-puissant : le médecin qui définirait le bien-être pour tous comme le travailleur social ou le technocrate qui sauraient quels doivent être les objectifs de l'insertion pour les exclus.

L'expert ne peut être là qu'au service d'un processus participatif où les usagers mènent avec son aide les phases d'investigation, de diagnostic, de protocole et d'évaluation.³

À condition cependant de ne pas accorder à la parole de l'expert plus de crédit que les indiens Guyaki n'en faisaient à leur chef.⁴ ■

1. Nasse Ph. *Exclus, exclusions, connaître les populations, comprendre les processus*, rapport pour le Plan, La documentation Française 1992.

2. La définition du lien communautaire tel qu'il fonctionne aujourd'hui, in Maffesoli M. *Le Temps des tribus*, Le Livre de Poche, 1992. *La Transfiguration du politique*, Le Livre de Poche, 1995. Voir aussi, Xiberras M. *Les Théories de l'exclusion sociale*, Méridiens Kliensick, 1993.

3. Bass M. *Promouvoir la santé*, L'Harmattan, 1994 dans lequel on a une approche théorique et pratique des problèmes de santé et des problèmes sociaux tout à fait novatrice.

4. Clastres P. *La Société contre l'État*, Minuit, 1974. *Chronique des Indiens Guyaki*, Plon, Terre Humaine, 1972.

Hélène Strohl

Inspection générale des affaires sociales