

# Misère de la connaissance

## Pour une stratégie du soin social

**P**our une société fortement marquée par l'idéologie des droits de l'homme et qui a l'ambition de garantir à tous l'accès à quelques droits fondamentaux, l'énoncé d'une probable influence des situations de précarité sur la santé est difficilement acceptable pour le public. Il suscite, au moins inconsciemment, les réflexes classiques de défense. En premier lieu, l'inégalité des chances est inhérente au phénomène humain ; en second lieu elle n'est supportable que parce qu'elle est provisoire et en tout cas combattue par des mécanismes qui en corrigent les effets et en limitent l'amplitude. Une telle réponse, dans sa simplicité idéologique est insuffisante du point de vue pratique. Il serait tentant aussi, voire aisé, d'induire de l'analyse des textes législatifs et réglementaires, très prolixes et clairs en la matière, l'idée que la société a pris pleine conscience de la réalité, de l'importance et des enjeux du phénomène et pris la mesure des changements, que la recherche de solutions appelle, sur le système social dans son ensemble.

La chaîne qui conduit de la connaissance observée, analysée, structurée, à la décision de mise en œuvre d'un arsenal opérationnel adapté et modulé, testé, validé et aux effets mesurables est loin d'être acquise pour le sujet qui nous préoccupe.

L'observation de l'évidente répercussion des situations de précarité, dans ses différentes dimensions sur les dérèglements du comportement social, affectif et sur l'état de santé physique et psychique des sujets est d'abord une expérience individuelle. Elle est au cœur de la démarche clinique et thérapeutique à laquelle le respect des règles

professionnelles et déontologiques ne peut apporter *a priori* de contraintes formelles. La capacité de réaction est naturellement forte dans les réseaux spécialisés et traditionnels de la santé publique, médecine scolaire et de l'enfance, médecine du travail par exemple. Elle l'est également chez les promoteurs, à grande majorité d'origine associative, des soins offerts aux victimes des nouveaux fléaux sociaux (toxicomanies, maladies VIH).

Personne n'ignore cependant que les modes d'assistance et de prise en charge deviennent inopérants dès que le lien social s'est relâché ou distendu gravement. Il ne s'agit plus alors de considérer la précarité comme un facteur explicatif supplémentaire ou redondant des variations de l'état sanitaire observé dans une population donnée et stable. Il s'agit aussi de considérer la précarité comme une cause régulière et puissante, qui éloigne, par l'effet d'un mécanisme implacable généralement progressif mais aussi parfois brutal, les sujets les plus fragiles du dispositif de soins. Aux facteurs de risque classiques s'ajoute un phénomène de rupture qui répond à un déterminisme propre engendrant des conséquences insoupçonnables, et autrement plus complexes.

### Une réalité difficile à cerner

C'est tout l'être qui est touché, dans sa globalité ; il part à la dérive, sans projet, sans perspective, privé de ses références et de ses enracinements, atteint dans ses capacités de réaction aussi bien biologiques que sociales. Les dégâts varient certes, sont plus ou moins

étendus, mais ils sont rarement uniformes. Dès lors, l'approche classiquement adoptée dans l'élaboration d'un programme de santé publique qui appréhende les phénomènes du risque sur un modèle médical causal est méthodologiquement sans portée même si le phénomène justifie, par son ampleur quantitative, une action organisée, systématisée et ciblée. Il s'agit de promouvoir une conception de la santé qui prend en compte des facteurs complexes multidimensionnels appartenant à des domaines de la réalité et à des champs de l'action sociale indépendants et non hiérarchisés entre eux. Le système sanitaire en général, hospitalier en particulier, développe une logique incompatible avec cette ambition.

Les outils de la connaissance et d'une épidémiologie d'intervention efficace doivent être inventés ; il manque des indicateurs pertinents d'un dispositif d'intervention et d'alerte adapté à des situations extrêmement variées. Des monographies, des enquêtes limitées à des sites particuliers (mission France de Médecins du Monde, Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre, etc.) ou des enquêtes ciblées sur certaines pathologies, par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ont donné des informations assez précises sur les caractéristiques morbides et sur l'aggravation de l'état sanitaire général de certaines populations particulièrement marginales et fragiles. Il a été constaté notamment une plus grande fréquence des pathologies infectieuses et vasculaires, des affections cutanées, de la tuberculose, de l'éthylisme, une aggravation des infections bénignes et la

multiplication des pathologies associées, une surmorbidity pour certains troubles dépressifs et certains troubles à somatisation.

Ces observations ponctuelles, il faut le regretter, ne sont pas systématiquement utilisées dans le cadre d'un dispositif permanent (de type observatoire et réseau sentinelle) pour permettre aux autorités sanitaires de mettre en place un système de distribution de soins adapté.

De façon générale, la pauvreté de l'appareil scientifique est considérable. Il s'appuie sur un ensemble d'approches qui s'épuisent dans une sémantique littéraire. Il s'agit davantage de produire un effet sur l'imaginaire qu'à véritablement définir les composantes du processus de « déqualification sociale » et ses effets notamment sur le plan de la santé. Eugène Sue est encore l'inspirateur des chroniqueurs. Le terme générique « exclusion » sur lequel se déclinent toutes les formes et tous les degrés d'écart, à une vision normative et standardisée de l'homme social, est également peu opérant.

### **L'observation sur l'état de santé des sans-abri**

En liaison avec le Réseau national de santé publique, le Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre a eu l'opportunité de mettre en place un observatoire sur l'état de santé des populations sans abri (populations en situation d'errance et clochardisées principalement conduites au centre hospitalier par les services de la préfecture de police, soit 80 000 passages par an). Le programme d'étude, à partir des informations recueillies auprès des 12 000 personnes qui fréquentent son antenne médico-sociale, facilite la compréhension, d'une part des mécanismes qui conduisent à une situation de grande marginalisation et d'autre part des processus qui favorisent et permettent le retour à l'autonomie et à une identité sociale reconnue.

Le dispositif RMI pourrait être un instrument privilégié et puissant de connaissance des particularités épidémiologiques dans une population ayant rompu avec les schémas d'une vie sociale autonome et intégrée.

Sous sa forme sanitaire stricte, *a fortiori* lorsque les autres éléments de la perte de sociabilité se combinent et cumulent leurs effets, les opérateurs ne disposent d'aucune

stratégie de « soin social » qui pourrait au minimum s'appuyer sur un corpus d'observations, faute de connaître les facteurs clés et les déterminants d'une démarche visant à rétablir la santé et les acquis de la vie sociale.

Il est courant d'alléguer les nombreux facteurs d'inefficacité et d'inadaptation du système de protection sociale ; les modes de fonctionnement qu'il impose, les conditions d'accès qu'il exige, ses cloisonnements, sa complexité, le rendent, dans une certaine mesure, inapte à répondre aux besoins de la plupart du temps non exprimés d'une population fragilisée et désocialisée. Privée des ressorts culturels, psychologiques ou de l'information suffisante, elle ne peut adopter une attitude d'usager avisé.

Le discours sur les droits insiste avec justesse sur le caractère universel des droits sociaux en France et sur l'extrême diversité des prestations que ceux-ci offrent. L'accès réel à celles-ci nécessite un interventionnisme adapté et volontariste combinant diverses approches, tournées vers un objectif opérationnel ou scientifique, et destinées à traiter les divers éléments de la situation sanitaire et sociale liée à la précarité. Il s'agit aussi de trouver des solutions acceptables à des phénomènes de chronicité inévitables.

Actuellement, selon le mode d'entrée dans le dispositif, les orientations proposées pour chaque cas privilégient telle réponse parmi l'arsenal des droits offerts, sans véritable évaluation de son effet. Il en est souvent ainsi pour l'attribution de contrats d'orientation dans le cadre du RMI. À l'exception des troubles somatiques ou psychiatriques évidents, la prise en charge sanitaire fait cruellement défaut, contrairement aux besoins qui sont révélés par les enquêtes épidémiologiques connues. Le faible taux des contrats portant sur la santé (environ 15 %) est révélateur de ces insuffisances ; il est la source de nombreux gaspillages.

La recherche de solutions adéquates oscille entre un pragmatisme tendu vers une efficacité immédiate (influence de l'urgence allié aux exigences de l'ordre public) et une perception très idéologique de leur rôle par des organisations opératrices très orientées par les valeurs qui les inspirent.

L'éclatement des processus de décision entre les diverses instances concernées ou selon les domaines couverts par l'action sociale, ne facilite pas la rigueur et la cohérence dans l'action. La diversité des compé-

tences agissant de façon autonome est aussi un obstacle à un ajustement personnalisé des modes d'intervention.

### **Associer les compétences et les structures**

L'écart est grand entre les objectifs assignés aux politiques sociales, et la chronicisation graduelle dans les états de précarité. Cette réalité observée par les acteurs de terrain est souvent dissimulée par le recours alterné à des dispositifs d'assistance qui sont mal ou peu coordonnés entre eux.

L'affaiblissement accéléré de la notion traditionnelle française du service public, qui affranchit en grande partie l'action publique des préoccupations locales, des intérêts communaux partisans, des présupposés idéologiques ou humanitaires laisse prise à l'expression de dérives dans l'interprétation et l'application des règles et des droits.

Si à notre sens, s'impose l'unité de pilotage, dans le cadre d'un dispositif régulé par une autorité de l'État, la diversité des réponses doit correspondre à la complexité des situations. À une échelle modeste en Île-de-France, seul établissement public doté des moyens juridiques de mettre en œuvre des missions relevant aussi bien de la loi sociale que de la loi hospitalière, le Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre illustre cette nécessité d'associer étroitement diverses structures et compétences pour répondre à cet objectif de « réparation sociale ».

Serions-nous encore dans l'héritage d'un débat opposant Saint Vincent de Paul à Pomponne de Bellière, d'un débat entre l'humanisme dominant et l'ordre public. Quand trouverons-nous la synthèse ? ■

**Antoine Ravelo de Tovar**

Directeur du Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre