

Les effets à court terme des politiques sur la santé

Les crises économiques ont des conséquences sur l'emploi, les conditions de travail et les revenus, avec une aggravation des conditions de vie des personnes les plus fragiles. Si quelques effets positifs sur la santé sont constatés (moins de mortalité par accidents routiers), on constate une détérioration de la santé mentale avec une augmentation des suicides.

Santé, inégalités sociales de santé et politiques publiques en temps de crise

A peine quelques indicateurs économiques s'améliorent-ils que certains nous expliquent « *pourquoi la prochaine crise sera pire* » [10]. La répétition des crises, difficile à distinguer d'évolutions structurelles profondes de nos sociétés, s'installe dans notre paysage. Les crises historiques, comme la Grande Dépression de 1929, l'influence des déterminants socio-économiques sur la santé et les inégalités sociales de santé (ISS) sur les comportements et sur le fonctionnement du système de santé invitent à se poser la question de la santé et des inégalités sociales de santé pendant une crise. Mais *krisis* renvoie aussi à la décision, au choix, et c'est l'aspect que notre groupe de travail a choisi de privilégier en examinant les conséquences sur la santé et les inégalités sociales de santé des décisions de politiques ou d'action publiques prises du fait de la crise ou justifiées par elle.

Si l'état de santé est globalement bon en France, d'importantes disparités subsistent [44]. Dans une période où la question de la réduction des inégalités sociales de santé et le rôle des déterminants sociaux émergent sur l'agenda politique, l'objectif du rapport

du HCSP de 2016 [43], dont le contenu est approfondi dans ce numéro, est d'examiner les conséquences sur la santé et les inégalités sociales de santé des choix politiques en période de crise. Il s'agit donc d'une démarche d'aide à la décision plus que d'un travail d'expertise sur les effets de la crise.

Crises économiques, financières et politiques publiques

Une crise économique, souvent définie comme un arrêt de la croissance selon des indicateurs reflétant le niveau de production et d'emploi, devient difficile à isoler, même si elle est repérable statistiquement au sein d'une période longue de changement structurel. Pour certains, en effet, la « crise » dure depuis les années 1970. La période qui nous intéresse débute à l'été 2007 par le retournement du marché immobilier américain, la crise des *subprimes*, et se généralise en quelques mois à l'ensemble des marchés financiers dans la plupart des pays, s'accompagnant d'une chute brutale de la croissance économique et d'un recul du taux de croissance du produit intérieur brut (PIB). Que le terme de crise soit

Thierry Lang
Directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iferiss), université et CHU de Toulouse, président du groupe de travail Inégalités sociales de santé, membre du Collège du Haut Conseil de la santé publique

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.



employé ou non, les conséquences ont été importantes et durables sur les marchés du travail et les revenus des actifs. La période 2007-2013 est caractérisée par une augmentation du chômage en 2009, qui est toutefois relativement moins marquée que la chute du PIB pendant la même période. En 2013, 2,8 millions de personnes sont au chômage au sens du Bureau international du travail (BIT). En 2012 et 2013, le taux de chômage des hommes dépasse celui des femmes pour la première fois depuis 1975 : 10 % des hommes actifs sont au chômage vs 9,7 % des femmes actives. Aucune catégorie socioprofessionnelle n'est épargnée en 2013. Mais le chômage des ouvriers non qualifiés est le plus élevé (20,6 %) et il augmente encore fortement dans cette catégorie. Les jeunes sont moins touchés par le chômage de longue durée mais plus fréquemment par une forte récurrence du chômage.

Des politiques ont été mises en œuvre dans le domaine de la santé, de la protection sociale et d'autres secteurs qui ont un impact sur la santé. Certes, elles ont été modifiées, renforcées, discutées, mais les outils utilisés dans la période 2008-2015 sont des outils de régulation et de restructuration du système sanitaire et de protection sociale qui sont, pour une très large part, en œuvre depuis de nombreuses années. Elles n'ont, en tout cas, que peu de caractère spécifique, voire aucun.

Des crises économiques aux effets sanitaires complexes

L'effet ambigu à court terme des crises sur l'état de santé global de la population a été souligné. Dans aucun pays de l'OCDE n'est observée depuis 2008 de régression de l'espérance de vie à la naissance. Entre 2008 et 2013, l'espérance de vie totale a ainsi progressé de plus d'un an en Grèce et d'un an en France. D'autres données, comme celles de la mortalité infantile, continuent à s'améliorer là où les données sont connues (l'OCDE ne présente pas de données pour la Grèce). Seule une évolution nette a été constatée sur les taux de suicide des personnes de moins de 65 ans dans une partie des pays européens. En France, selon les données de mortalité nationales du CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) de 2000 à 2010, une nette relation entre taux de chômage et taux de suicide a été observée chez les hommes de 25 à 49 ans.

Pendant la Grande Dépression, les taux de mortalité baissent d'environ 10 % aux États-Unis de 1927 à 1937. Cette amélioration de la mortalité est à peu près contemporaine de la baisse des revenus par personne. Les chercheurs ont pu montrer une augmentation des taux de suicide masquée derrière cette baisse du taux de mortalité globale : le suicide étant une cause de mort relativement rare, son accroissement était masqué par la baisse des taux de mortalité liée aux accidents de la route, elle-même liée à la diminution du trafic routier.

L'effet le plus important d'une crise économique concerne la santé mentale, en augmentant le risque de

suicide comme cela a été observé dans de nombreux pays. Les hommes paraissent moins sensibles que les femmes aux effets des crises sur la santé mentale, et la prévalence la plus élevée de troubles de santé mentale a été observée dans les entreprises traditionnellement inégales envers les femmes. Dans les entreprises cherchant au mieux l'égalité hommes-femmes, santé mentale des hommes et des femmes se rejoignent. Quelques études suggèrent un impact sur la santé mentale des enfants, mais également sur la maltraitance à leur égard. Parmi les facteurs favorisant les troubles de santé mentale, figurent au premier chef le fait d'être sans emploi, puis, parmi ceux qui travaillent, certaines méthodes de management tels les objectifs chiffrés fixés aux salariés. À l'inverse, un entretien individuel annuel semble jouer un rôle modérateur. Les salariés des établissements « en crise » ou « restructurés » déclarent également une santé mentale plus fragile que ceux qui travaillent dans des établissements « stables ». La relégation dans des quartiers défavorisés, surtout si elle s'accompagne d'une faible mobilité quotidienne et d'un nombre limité de contacts sociaux, constitue un facteur péjoratif en soi, de même qu'un habitat insalubre (logements mal chauffés par exemple). Mais un système de protection sociale large pourrait jouer un rôle protecteur efficace sur la santé mentale.

Une étude américaine montre une relation inverse entre chômage et mortalité, avec une hausse de 1 % du chômage associée à une baisse de 0,47 % de la mortalité générale. Cette association est observée uniquement chez les très jeunes, les adolescents et les personnes âgées ; il n'y a pas de relation significative chez les personnes âgées de 40 à 50 ans. Si 71 % de la mortalité évitée par l'augmentation du chômage concerne les plus de 80 ans, il s'agit de seulement 7 % pour les personnes âgées de 25 à 64 ans. Cela suggère que d'autres facteurs coïncident avec la hausse du chômage et expliquent la baisse de la mortalité, comme une baisse de la pollution atmosphérique ou une baisse des accidents de transport. Les résultats obtenus à partir de données agrégées sont donc compatibles avec ceux obtenus à partir de données individuelles, les effets délétères de la crise sur les chômeurs pouvant être compensés par des effets positifs chez ceux qui ne sont pas au chômage, et particulièrement chez ceux qui ne sont pas dans la période active de la vie.

Impact de l'action et des politiques publiques

Comme on le verra dans ce numéro d'*adsp*, la bonne nouvelle est qu'un certain nombre d'éléments de nos politiques publiques, qui composent notre modèle social, ont pu tempérer l'effet de la crise. Aucune mesure n'est cependant spécifique de « la crise ». Celle-ci a pu fournir une justification pour amplifier des modifications structurelles à l'œuvre avant. Les pays développés ont accentué leurs efforts de dépenses sociales au début de la crise qui débute en 2007, mais les politiques se sont durcies depuis 2009. La situation française est

ainsi marquée par des politiques familiales de soutien jusqu'en 2010. Cette situation est plutôt favorable en France par rapport à des politiques plus dures observées dans d'autres pays. Les gouvernements ont amorti une grande partie des effets de la crise sous la forme de transferts sociaux, d'où l'absence de parallèle entre revenu marchand et revenu disponible. De 2007 à 2010, on note une augmentation massive de la pauvreté, qui atteint préférentiellement les jeunes, un peu moins les personnes âgées, ces dernières restant malgré tout plus pauvres que les adultes à l'âge de la vie active. Certaines de ces politiques, par leur développement, peuvent néanmoins rendre difficile un retour en arrière, par un « effet-seuil ». Il en est ainsi de l'Accord national interprofessionnel (ANI) et de l'évolution assurantielle qu'il pourrait induire, aux dépens de la solidarité. À l'inverse, la mise sous conditions de ressources des prestations familiales témoigne d'une volonté d'orientation redistributive de cette politique familiale. De même, la généralisation du tiers-payant est un élément de nature à lever certains obstacles aux soins, qui contribue à la réduction des inégalités sociales de santé en période de crise.

Mais ces politiques doivent aussi considérer l'effet à long terme sur la santé, comme cela sera développé ici à propos de l'enfance et de la prévention de la dépendance. Les effets à court terme d'une crise économique et des choix de politiques publiques sont aujourd'hui bien documentés. Mais il est essentiel de souligner que les effets à long terme de ces choix politiques ne sont pas perceptibles et mesurables, pour des raisons évidentes, bien qu'ils soient prévisibles. En l'état actuel des connaissances, il est possible de les anticiper. On sait de mieux en mieux à quel point l'état de santé des adultes et l'incidence des maladies chroniques sont la conséquence des conditions de vie dans l'enfance. De façon similaire, les caractéristiques du travail et de l'emploi chez les actifs sont susceptibles, à terme, d'impacter la santé des plus âgés, notamment en augmentant leur dépendance. Ces conséquences à long terme concernent l'ensemble de la population. Elles sont aussi susceptibles d'aggraver les inégalités sociales de santé, les personnes disposant le moins de ressources étant plus exposées aux conséquences de ces choix politiques.

La France reste l'un des pays où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et le reste à charge le plus faible. Ce reste à charge des ménages reste globalement stable en France depuis 2006, la moitié étant liée aux dépassements d'honoraires. Mais ce sont les ménages les plus pauvres qui ont le taux d'effort rapporté aux revenus le plus important. L'effet du copaiement, et de son niveau sur l'utilisation des soins, est confirmé par plusieurs études. Un copaiement modeste diminue le recours aux soins pour des symptômes mineurs. S'il est élevé, c'est le recours pour des symptômes graves qui est réduit.

Effets sur les inégalités sociales de santé

Jusqu'à présent, peu d'études ont analysé le lien entre la crise financière et économique et les inégalités sociales de santé à court terme. Les effets de la crise sur les inégalités de santé semblent cependant très variables selon les pays. Entre 2007 et 2010, dernières données connues à ce jour, la France est, selon l'OCDE, à la fois le pays qui consacre la plus forte proportion de son PIB aux dépenses sociales (y compris lorsque l'on inclut les dépenses sociales privées – assurance maladie complémentaire, notamment – et les avantages fiscaux) et l'un des pays où les inégalités de revenus après transferts sociaux et impôts ont le plus augmenté entre 2007 et 2010.

À long terme, le lien fort entre l'exposition lors de certaines périodes sensibles et l'état de santé quelques décennies plus tard invite à considérer la santé comme un bien durable et donc à développer, en temps de crise, des politiques « qui répondent aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs » pour reprendre les termes d'un rapport de l'ONU sur le développement durable [17]. Les effets à court terme de la période de crise sur les enfants sont connus. La crise économique semble avoir un effet majeur : le nombre d'enfants définis comme pauvres a augmenté de 440 000 entre 2008 et 2012 en France. Ils sont trois millions à vivre dans la pauvreté. Cette situation est préoccupante car la santé des enfants est un enjeu en soi, mais aussi pour la santé des adultes dans quelques décennies, voire pour les prochaines générations. Des politiques familiales ont été mises en œuvre, mais la quasi-inexistence de travaux de recherche sur le lien entre politiques familiales et santé des enfants ne permet guère d'en quantifier les effets.

En conclusion

La crise économique a pour conséquence d'aggraver les conditions de vie des personnes et des populations disposant le moins de ressources sociales, économiques, financières ou culturelles. Il est donc nécessaire de développer ou renforcer les politiques palliatives et redistributives.

Les politiques devraient s'appuyer sur les effets à court terme, mais aussi sur les effets induits sur le long terme, notamment sur deux points : l'enfance et la prévention de la dépendance. Il est aujourd'hui établi que les conditions de vie dans l'enfance, et même avant la naissance, impactent la santé des adultes, donc avec un délai de plusieurs décennies. De façon comparable, le niveau de dépendance des personnes âgées dans les décennies à venir se construit par les politiques de protection de la santé chez les adultes et la population en activité, et particulièrement dans le domaine de la santé au travail. La santé apparaît de plus en plus comme un bien commun, partagé, engageant l'avenir ; en d'autres termes, les décisions politiques devraient s'inscrire dans une perspective de « santé durable ». L'apport du Comité interministériel pour la santé pourrait être déterminant dans ce contexte. ...

Pour les membres du groupe de travail du HCSP : Gérard Badéyan, Chantal Cases, Pierre Chauvin, Isabelle Grémy, Virginie Halley des Fontaines, Florence Jusot, Anne Laporte, Pierre Lombrail, Gwenn Menvielle, Frédéric Pierru, François Puisieux, Sylvie Rey, Jean Simos, Béatrice Tran, Laurent Visier.



L'impact de la crise sur le bien-être et la santé du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant

Isabelle Grémy
Santé publique
France

Si les effets de la crise économique et financière de 2008 sur les sphères sociales et familiales sont raisonnablement connus, ils le sont par contre moins en matière de santé, notamment dans la période périnatale ou de l'enfance.

Les effets de la crise économique sur le bien-être et la santé du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant sont, outre le fait d'être mal connus et peu étudiés, difficiles à mettre en évidence. En effet, ils s'inscrivent dans une tendance de fond positive : la santé périnatale, néonatale, post-néonatale et infantile en Europe – et donc en France – s'améliore de façon continue et substantielle. Depuis des décennies, on observe en population générale une baisse régulière et importante des taux de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile (figure 1), baisse qui semble ralentir voire stagner depuis quelques années sans que l'on puisse vraiment l'imputer de façon certaine à la dégradation de la situation économique depuis 2008 ou à une incompressibilité des taux très faibles de mortalité résiduelle.

La mortalité néonatale est passée de 3,3 à 2,4 pour 1 000 naissances vivantes entre 1994 et 2014, sa décroissance moyenne annuelle était de 1,4 % par an jusqu'en 2008 et de 0,8 % depuis. La mortalité infantile a diminué de 6,5 en 1994 à 3,5 pour 1 000 naissances vivantes en 2014, et de 3,8 en 2008, au début de la crise. Les taux de prématurité en France, comme dans les autres pays européens, accusent une légère tendance à la hausse ; pour la France, la prématurité a augmenté de 6,3 % des naissances en 2003 à 6,6 % en 2010 [33] selon les enquêtes périnatales. Cependant la morbidité associée, à terme gestationnel identique, semble décroître, y compris chez les nouveau-nés très prématurés [5]. Conjugué à une réduction des taux de mortalité périnatale et néonatale, à la réduction de la morbidité à terme gestationnel identique, et à l'accroissement d'autres facteurs de risque de prématurité tels que l'âge maternel à la grossesse, le taux de prématurité en France ne semble *a priori* pas impacté par la crise économique.

Les raisons de ces évolutions favorables de la santé périnatale sont attribuées à une meilleure prévention des déterminants individuels, à une amélioration de la prise en charge médicale et sociale du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, et à une organisation régionalisée des soins plus performante. Elles ont non seulement des conséquences positives

à court terme mais aussi à moyen et long termes. De nombreuses recherches mettent en évidence les liens entre la santé périnatale du nouveau-né et les maladies chroniques à l'âge adulte telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Cependant, un impact négatif de la crise économique sur la santé des mères et de leurs enfants est attendu : les caractéristiques sociales, telles qu'un faible niveau d'éducation de la mère, un bas revenu familial, le fait d'être issu d'une famille migrante, le fait d'habiter dans une zone défavorisée déterminent fortement et de façon péjorative la santé périnatale, la santé de l'enfant ainsi que la santé maternelle [103]. Des différences socio-économiques ont notamment été observées pour la mortalité infantile, pour la prématurité [26], pour la mortalité infantile et pour certaines causes de mortalité comme les accidents chez l'enfant. Les conséquences de facteurs de risques liés au statut socio-économique, comme une consommation d'alcool, de tabac ou l'obésité durant la grossesse, sont associés à la prématurité, au retard de croissance *in utero*, conséquences qui elles-mêmes perdurent bien au-delà de la période du post-partum et affectent la santé et le développement psychomoteur du nourrisson et du jeune enfant. Les familles ou les mères isolées migrantes en situation de précarité sont particulièrement concernées par ces excès de risque de morbi-mortalité périnatale et de la petite enfance. Les mécanismes par lesquels ces variables déterminent la santé des enfants et de leur mère sont encore mal connus.

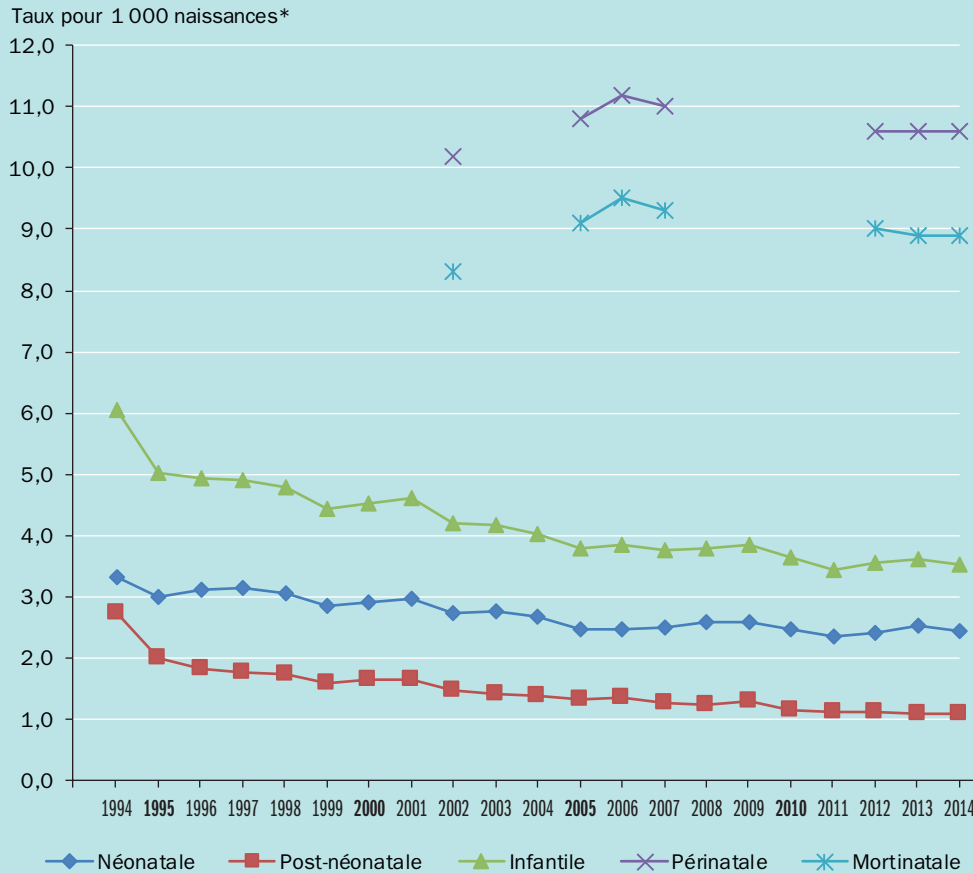
Comme la crise économique est susceptible d'accroître les proportions de la population en situation de pauvreté, il est attendu d'observer une recrudescence de la morbi-mortalité tout au moins dans les populations déjà en situation de précarité sociale, ou poussées du fait de la crise dans la précarité. Ces inégalités sociales et territoriales largement connues sont susceptibles de se creuser lors de période de crise économique, si cette dernière affecte davantage les classes les moins favorisées, ou encore de se combler, par un nivellement par le bas, grâce au maintien des politiques sociales aux plus démunis alors que ces politiques se contractent pour les classes moyennes.

Enfin, le manque de précision des systèmes d'information ne rend compte que partiellement des inégalités de santé et de leurs évolutions avant et après la crise selon les catégories sociales et notamment les plus défavorisées.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

figure 1

Évolution de la mortalité infantile, néonatale, post-néonatale, périnatale et de la mortinatalité* de 1994 à 2014 en France (DOM inclus)



* Mortalité infantile : nombre d'enfants décédés à moins d'un an pour 1 000 naissances durant une année donnée.
 Mortalité néonatale : nombre de décès d'enfants enregistrés âgés de moins de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes durant une année donnée.
 Mortalité post-néonatale : nombre de décès chez les enfants entre 28 jours et 12 mois pour 1 000 naissances vivantes durant une année donnée.
 Mortalité périnatale : nombre d'enfants nés sans vie (naissance après 22 semaines d'aménorrhée d'un fœtus sans vie) et nombre de décès néonataux précoces (décès d'enfants de moins d'une semaine) pour 1 000 naissances (nés vivants et nés sans vie) durant une année donnée.
 Mortinatalité : nombre d'enfants nés sans vie pour 1 000 naissances (nés vivants et nés sans vie) durant une année donnée.

Sources : Insee pour la mortalité néonatale, post-néonatale et infantile; ATIH-Drees pour la mortalité périnatale et la mortinatalité.

Dans ce contexte d'amélioration de la santé périnatale et de l'enfant, une analyse des effets sanitaires de la crise doit tenir compte, en plus des déterminants sociaux usuels (revenus, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'éducation), des politiques sociales déployées dans les pays, de leur capacité à amortir la crise et des populations qu'elles visent pour interpréter avec pertinence les éventuels écarts de santé périnatale qui pourraient se développer durant une crise économique : l'interprétation de ces effets observés est complexe.

Impacts sociaux de la crise économique

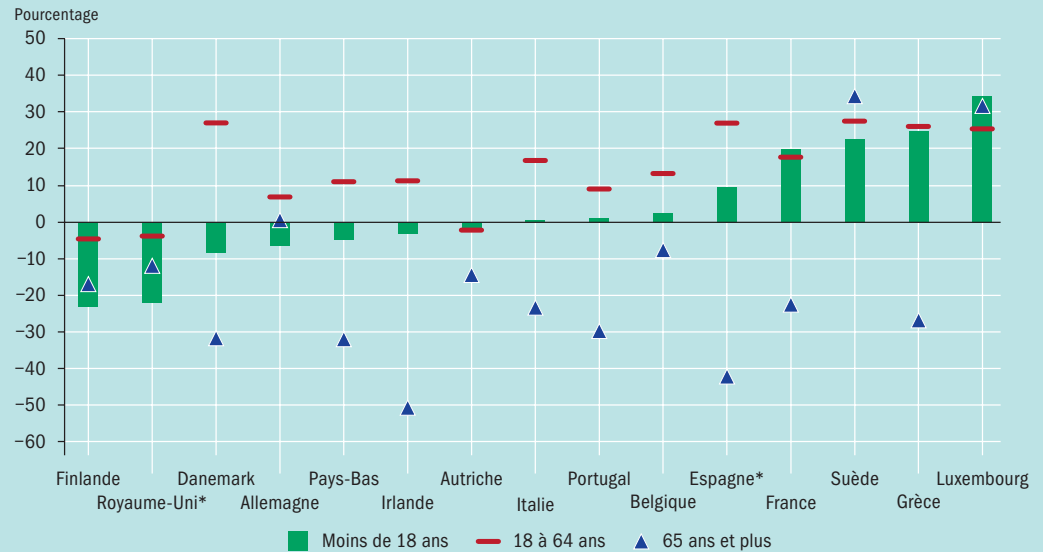
Depuis le début de la crise économique, l'accroissement de la pauvreté est notable. La pauvreté n'a pas touché toutes les catégories de la population de la même façon. En France, comme dans d'autres pays européens, les jeunes actifs, leur famille et leurs enfants ont particulièrement été touchés (figure 2).

Les études socio-économiques convergent pour montrer l'impact négatif de la crise sur la famille et les enfants. Cet impact est d'autant plus important



figure 2

Taux de variation du nombre de personnes pauvres monétairement par tranche d'âge entre 2007 et 2012



Lecture : Le nombre de personnes de moins de 18 ans et pauvres monétairement au seuil de 60 % a progressé de 20,4 % entre 2007 et 2012 en France.

* Il s'agit de la période 2007/2011 pour l'Espagne et le Royaume-Uni.

Sources : Eurostat [ilc_li02], date d'extraction 14/11/2014 ; Marguerit D. [61].

que les pays ont été fortement touchés par la crise. Le rapport de l'OCDE [1] met notamment en exergue le net ralentissement, voire le décrochage, de l'emploi féminin, l'augmentation des ruptures familiales, et surtout l'accroissement du taux de pauvreté des enfants. Ces taux de pauvreté sont d'autant plus élevés que la diminution des revenus familiaux et que les restrictions du financement des politiques sociales sont importantes.

Il est estimé dans le rapport de l'Unicef *Les Enfants de la récession* [99] que 2,6 millions d'enfants ont plongé sous le seuil de pauvreté dans les pays les plus riches depuis 2008, portant l'estimation totale à 76,5 millions d'enfants et, pour la France, à une augmentation d'environ 440 000 enfants pauvres. Ce rapport, qui compile des données avant et après le début de la crise, souligne également la proportion grandissante des 15-24 ans socialement disqualifiés, qui ne sont ni dans le système éducatif, ni en situation d'emploi ou de formation. Le dernier rapport de l'Unicef [100] confirme encore la mauvaise place de la France : les inégalités notamment dans le domaine de la santé et de la nutrition ont continué de se creuser depuis 2012, alors que d'autres pays (peu nombreux certes) ont vu une réduction ou une stabilisation de leurs écarts.

Le rapport de l'enquête ENFAMS [91], menée en 2011 en Ile-de-France, témoigne d'une situation sociale préoccupante. L'estimation de la population sans logement

en Ile-de-France serait de plus de 10 000 familles, soit environ 35 000 personnes, et les familles représenteraient entre 30 et 40 % de cette population, et les enfants de moins de 13 ans près d'un quart. Suroccupation des logements, logements ne bénéficiant ni de cuisine ni de sanitaires indépendants, déménagements très fréquents semblent la règle pour ces familles. Ces inégalités sociales se traduisent au niveau territorial. Des territoires défavorisés comme la Seine-Saint-Denis, malgré une politique volontariste du conseil général et de l'agence régionale de santé (ARS) pour y remédier, montrent des taux de mortalité néonatale constamment plus élevés depuis au moins deux décennies.

Deux études menées entre 2012 et 2015 en Seine-Saint-Denis par l'observatoire du Samu social et par l'équipe Inserm EPOPé à la demande de l'ARS, rendues publiques fin octobre 2015, décrivent, pour la première, de manière fine les mécanismes qui sont à l'œuvre et dont les effets se cumulent pour contribuer à un défaut voire à une absence de suivi de la grossesse et des nouveau-nés chez ces femmes enceintes en situation de grande précarité. La seconde étude pointe chez les mères endeuillées par un décès périnatal la fréquence supérieure à l'attendue des situations de précarité (plus grande proportion de femmes sans couverture sociale), des femmes dans des situations sociales difficiles voire extrêmes – errance, ruptures familiales, violences – et qui se cumulent avec des facteurs de

risque médicaux plus fréquents qu'attendus : obésité et diabète gestationnel notamment.

Impacts sanitaires de la crise économique

Une revue systématique portant sur l'impact de la crise économique et financière sur la santé de l'enfant à partir d'études déjà publiées dans le monde montre des résultats qui ne permettent pas de dégager une image claire de cet impact sur la santé du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant [85]. L'état de santé est aussi déterminé par les politiques de protection sociale et d'accès aux soins, ces politiques étant différentes selon les pays, eux-mêmes inégalement impactés par la crise. Pour ce qui est de la mortalité néonatale, périnatale et infantile, parmi les quatre études repérées dans cette analyse, seules deux concernent des pays européens : il s'agit de la Grèce et de l'Espagne, deux pays fortement touchés par la crise économique. Une hausse de la mortalité périnatale, néonatale et infantile est observée en Grèce, mais pas en Espagne. Toutefois, pour ce dernier pays, un accroissement très net de la proportion d'enfants de petits poids de naissance ($< 2 \text{ SD}^1$) en 2008 qui perdure jusqu'en 2012 a été observé. Une augmentation rapide similaire de la proportion de nouveau-nés de faible poids de naissance a été montrée en Islande, pays touché par la crise économique de façon particulièrement violente et brusque [71]. Pour ce qui concerne les habitudes alimentaires et la nutrition, parmi les quelques études identifiées, dont deux sont européennes et concernent l'Angleterre, les effets de la crise semblent avérés. Ces études montrent un effet défavorable de la crise, plus particulièrement chez des enfants issus de familles très vulnérables, sur la consommation alimentaire : diminution de la consommation de fruits et légumes, réduction de la fréquence de consommation de viande et de poisson, et réduction du budget alimentaire.

Alors que des aspects plus positifs sur l'état de santé sont notés pour les adultes, tout au moins au début de la crise, comme la diminution de la mortalité par accidentologie notamment routière (perte de revenu, moindre utilisation des véhicules, moindre exposition à des facteurs de risque socioprofessionnels), une augmentation des symptômes de tension familiale (accroissement des taux de divorce), de souffrance mentale (anxiété et dépression), comme d'ailleurs des taux de suicides sont presque constamment retrouvés. Ces tensions intrafamiliales renforcées ou provoquées par l'insécurité sociale, alimentaire, énergétique dans laquelle les familles se trouvaient ou sont plongées par la crise ont des répercussions sur le bien-être et la santé des enfants. Quelques éléments parmi les études montreraient un impact en termes de santé mentale des enfants mais également de maltraitance à leur égard. C'est sans doute dans les domaines de la santé mentale et de la maltraitance que les effets

de la crise sont les plus tangibles. Deux études nord-américaines, réalisées avant et après le début de la crise, montrent un accroissement des traumatismes crâniens dus à des coups portés ; dans une autre étude, une moins bonne perception de leur santé mentale est rapportée chez les adolescents interrogés. Une étude américaine [38] a été menée à partir des résultats des enquêtes ménages National Health Interview Survey (NHIS) réalisées entre 2002 et 2013. La santé mentale des enfants et adolescents y est associée au niveau socio-économique, et ce quelle que soit la manière dont le statut socio-économique est mesuré, montrant une certaine robustesse du lien. Les résultats montrent également une détérioration de la santé mentale lors de la période de récession économique, détérioration dont les causes sont mal élucidées et multifactorielles mais qui semble davantage liée aux pertes de revenus et aux angoisses parentales sur l'insécurité de l'emploi qu'au taux de chômage lui-même, sans pouvoir déterminer avec suffisamment de recul si ces effets sur la santé mentale des enfants sont transitoires ou persistants. Les données sur la santé mentale comme sur la maltraitance en relation avec les périodes de crise économique devraient faire l'objet d'études plus systématiques.

Inégalités sociales et état de santé chez les enfants en France

Les conditions sociales très préoccupantes mises en évidence dans l'enquête ENFAMS sur les populations sans logement en Ile-de-France [91] montrent qu'elles ont de nombreuses répercussions : insécurité alimentaire qui toucherait une mère sur deux et un enfant sur trois, défaut de scolarisation, perception dégradée de leur état de santé physique et émotionnelle avec des symptômes dépressifs très prévalents. Ce rapport insiste sur le fait que les familles les plus démunies (parents et enfants) souffrent de la faim, avec son corollaire paradoxal : une obésité chez les mères comme chez les enfants très supérieure à celle enregistrée en population générale. Cet état de santé dégradé et l'insécurité alimentaire sont d'autant plus fréquents que les niveaux de revenus sont faibles voire très faibles et que la situation administrative de ces familles – très souvent migrantes mais pas toujours – n'est pas stabilisée. Les conditions de suivi des femmes enceintes interrogées ne répondent pas aux recommandations de bonnes pratiques en santé périnatale. Le rapport souligne que parmi les femmes enceintes au moment de l'enquête (8 %), une forte proportion n'avait pas déclaré leur grossesse ou l'avait fait de façon tardive, et que, pour celles qui l'avaient déclarée, le suivi durant la grossesse s'avérait insuffisant, ce à quoi s'ajoutaient durant la grossesse et après l'accouchement une situation d'isolement social marqué, la précarité de l'hébergement, avec un fort taux de mobilité résidentielle (4,6 déménagements en moyenne au cours de la grossesse), l'insécurité administrative, une couverture sociale déficiente, des renoncements

1. SD : déviation standard.



aux soins (dans ce cadre, le recours à la PMI est pour un enfant sur cinq le seul accès au système de soins).

Le rapport conclut que « ces premiers résultats – bien qu'exploratoires – permettent d'ores et déjà de dresser un portrait préoccupant de la situation sanitaire de ces familles. Les conséquences en termes de santé publique sont d'autant plus alarmantes que ces conditions extrêmes auront sur le long terme un retentissement sur la santé de la mère elle-même mais probablement, comme l'ont largement montré les études nord-américaines, sur leurs enfants. »

Une autre étude regroupant les données des neuf enquêtes ESPS (Enquêtes sur la santé et la protection sociale) de 1995 à 2010 [8] a mis en évidence une association, déjà trouvée dans d'autres pays, entre la santé de l'enfant, son accès aux soins et le revenu du ménage. La mauvaise santé perçue de la santé de

l'enfant, la fréquence du surpoids et de l'obésité et une plus faible taille sont inversement corrélées aux revenus des ménages.

Certaines de ces études portent davantage sur les relations entre niveau socio-économique et santé, sans particulièrement s'intéresser aux crises économiques. Dans les études s'intéressant à la crise économique, les résultats ne sont pas toujours convergents du fait de la complexité de l'interprétation déjà évoquée et du fait aussi que le recul d'observation est peut-être encore insuffisant pour apprécier les effets sanitaires de la crise. Cependant, ceux-ci semblent peu discutables sur les conséquences nutritionnelles et sur différents aspects de la santé mentale.

Des organisations non gouvernementales, comme Médecin du Monde en France, ou la coordination des ONG pour les droits de l'enfant en Belgique, insistent sur

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

Cantines scolaires : la désaffection des quartiers populaires

Dans tous les quartiers, faire déjeuner, ou pas, son enfant à la cantine renvoie à la fois à une question économique et à une dimension d'identité et de reconnaissance. L'anthropologie a largement montré comment l'alimentation est culturellement pensée : chacun mange ce que son groupe d'appartenance lui a appris à manger. Manger, c'est toujours affirmer une identité à la fois individuelle (j'aime, je n'aime pas) et collective (aliments conseillés, autorisés, déconseillés, interdits) organisée par les règles de ce qu'il est convenu de manger et de ne pas manger [84]. La cantine scolaire est ainsi un lieu collectif autour duquel se construisent, dans les quartiers, des processus de séparation. Si la dimension religieuse ne s'affirme pas explicitement, elle reste souvent un non-dit, constituant de fait un « distributeur identitaire » : « les enfants se mettent à surveiller ce qu'ils mangent » [78].

La désertion de la restauration à l'école, et plus encore au collège, a pris de l'ampleur à la fin des années 1990, donnant lieu à un rapport de l'Inspection générale de l'Éducation nationale [31] allant jusqu'à suggérer des situations critiques de malnutrition. Il apparaissait déjà que les élèves étaient trois fois moins nom-

breux à déjeuner à la cantine dans les collèges sensibles que dans l'ensemble des collèges français. On sait que la fréquentation des cantines scolaires est liée au niveau d'éducation des parents et au type de quartier : ainsi une des très rares publications des dernières années sur la question, portant sur l'ensemble des collèges du département de l'Essonne à la rentrée 2010, montre que « les secteurs scolaires où résident moins de 20 % de collégiens de familles modestes ont un taux de demi-pensionnaires compris entre 49 % et 97 %. En revanche, dans les secteurs scolaires où résident plus de 50 % de collégiens modestes, le taux de fréquentation de la demi-pension varie entre 20 % et 63 % » [54]. On sait moins que, désormais et sans plus aucun débat sur la question, les collèges des quartiers populaires accueillent souvent aujourd'hui un nombre de demi-pensionnaires dérisoire (moins de 10 % des élèves, à comparer aux plus de 60 % des collèges les plus favorisés) et vont jusqu'à fermer les cantines dans les quartiers les plus pauvres. On méconnaît également la désertion des cantines dans les écoles élémentaires, hormis le vendredi, « jour poisson ».

Les enfants des familles concernées, qui sont pour une grande part

au taux le plus bas pour le calcul du coût du repas, taux souvent calculé en fonction du quotient familial, ne bénéficient donc plus du service de restauration scolaire. Même s'il est souvent masqué sous des crispations idéologiques autour de la laïcité [107], l'enjeu économique et politique est déterminant pour comprendre la situation actuelle : ainsi le coût d'un retour de ces enfants vers les cantines scolaires peut paraître prohibitif à la collectivité, comme une perte sèche dans le budget municipal ou départemental de plusieurs centaines de milliers d'euros. La désaffection massive des cantines dans les quartiers, habituellement référée aux choix religieux des publics, semble ici largement coorganisée par des choix économiques et politiques, sans considération des conséquences en matière de santé publique et de socialisation.

Même si certaines collectivités ont trouvé des réponses du côté de l'offre (menus végétariens par exemple) et du côté de la tarification, le refus de bouger sur ces questions est aujourd'hui marqué dans de nombreuses collectivités locales, et l'enjeu de santé publique de ces questions largement passé sous silence. ...

Laurent Visier
Geneviève Zoïa
Université de
Montpellier, UMR
5112

l'affaiblissement des politiques sociales de protection de l'enfance pour les populations qu'elles couvrent (moindre vaccination des enfants, accès aux soins prénatals dégradés). Les rapports de l'OCDE comme celui de l'Unicef soutiennent que les politiques ciblées autour de la naissance et de la petite enfance (congé parental, soutien aux modes de garde) ont généralement

été épargnées et que leur maintien, voire leur renforcement, est un facteur déterminant dans la prévention de la pauvreté et de ses conséquences sociales, familiales et sanitaires. Le rapport de l'Unicef recommande « *le maintien de solides filets de sécurité sociale pour protéger les enfants et à faire du bien-être des enfants une priorité absolue* ». ...

Santé et territoire : métropolisation du territoire et relégation des quartiers

Les géographes et les sociologues ont, chacun avec leurs outils, montré comment le monde contemporain, dont la France, était engagé dans un mouvement continu de séparation spatiale des groupes sociaux. Alors que les groupes dominants recherchent privatisation et sécurisation, ceux dont les ressources sont les plus faibles sont en quelque sorte assignés à résidence dans les quartiers les moins désirables. Une dynamique d'entre-soi se dessine à tous les niveaux de la stratification sociale [64]. Les quartiers populaires, s'ils sont loin d'être les seuls à être touchés par ce mouvement général de fracture territoriale, paient cependant au prix fort la note du séparatisme social. En effet les populations vivant dans ces quartiers sont victimes non seulement des effets de leur classement social (que ce soit en niveau de revenu ou en niveau de diplôme, le fait d'appartenir à une catégorie sociale constitue un déterminisme massif qui se traduit par un gradient social de santé comme d'éducation), mais elles sont, de plus, affectées par le fait de vivre avec des populations qui leur ressemblent. Autrement dit, à l'effet de position sociale se surajoute un effet de contexte, lui-même lié à la composition de la population avec laquelle chacun est socialisé. Comment comprendre le sens et les mécanismes de cet effet ?

La ségrégation sociospatiale

Ces dernières années, la référence à des situations de ghettoïsation, puis la qualification de certains de ces quartiers comme « ghettos » – terme que personne n'aurait employé en France avant les années 1990 – s'imposent, même si elles restent vivement discutées. Le qualificatif caractérise des situations de regroupement spatial de populations reléguées, produisant en retour un mode spécifique d'organisation sociale, une sorte de contre-monde ou de contre-société [55]. Ainsi, le Premier ministre de la République peut-il en janvier 2015 prononcer les mots d'« *apartheid territorial, social, ethnique* » à propos des quartiers prioritaires (ex-ZUS [zones urbaines sensibles]). La ségrégation spatiale fait alors du territoire, plus encore que du statut socio-écono-

mique, un nouvel indicateur de la stratification sociale. Pour le dire autrement, le lieu de résidence compterait aujourd'hui au moins autant, en termes de classement social, que l'occupation professionnelle.

Si ce mouvement de séparation spatiale s'est accentué avec la crise de 2008 et les politiques d'austérité, il relève d'un processus contemporain au plus long cours, datant d'une trentaine d'années au moins. Pourtant, les analyses, aussi bien en santé publique qu'en sociologie, peinent à considérer dans sa pleine mesure cette dimension spatiale. D'un côté, on admet désormais les inégalités spatiales de santé, mais c'est en les référant au caractère inégalitaire de l'accès aux soins ou aux ressources, dont la traduction en langage commun est celle des « déserts médicaux ». De l'autre, on note la plus grande « *réticence des sociologues français à l'égard des dimensions spatiales des phénomènes sociaux* » [11], comme si la tradition durkheimienne d'une République « *une et indivisible* » empêchait de penser les lieux comme des espaces de production différenciée de civilités, d'éducation et de santé. En effet, de même que les travaux sur les inégalités sociales de santé ont tardé à émerger, l'analyse des effets de la ségrégation sociospatiale sur la santé trouve difficilement sa place en France. De nombreux travaux américains s'attachent cependant depuis plusieurs décennies aux *neighborhood effects of health*.

Si la séparation des quartiers français n'est pas du même ordre que celle qui prévaut dans les villes américaines, l'hypothèse que la spécialisation sociale croissante des quartiers trouve une traduction en niveaux et en formes de santé, non réductible à la seule offre de soins ou à la seule distance aux soins, mérite d'être posée. La question des « effets de quartier » sur la santé apparaîtra dès lors comme un objet en tant que tel et non pas seulement comme la résultante de déterminants.

Pour envisager cette question, nous nous pencherons d'abord sur les problèmes que pose ce type d'étude et envisagerons ensuite les éléments de connaissances disponibles aujourd'hui, avant de conclure par quelques propositions programmatiques.

Guilhem Birouste
Laurent Visier
Geneviève Zoïa
Université
de Montpellier,
UMR 5112

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.



Les effets du quartier sur la santé : problèmes et méthodes

La question de la possibilité et de la validité du transfert des notions issues du champ des sciences humaines et sociales vers celui de l'épidémiologie, et vice-versa, n'est pas nouvelle. Non qu'il faille cloisonner les disciplines et leurs savoirs, mais le passage d'un concept d'un champ disciplinaire à un autre s'accompagne nécessairement d'une transformation et d'un appauvrissement. C'est ce que décrit Didier Fassin [34] concernant la notion de capital social : en passant dans le champ de l'épidémiologie, cette dernière a tendance à être transcrite sous la forme d'un élément quantifiable et normatif. Par ailleurs, selon les études, elle comporte un flou quant à son contenu et son échelle d'application, parfois efficiente au niveau des relations interindividuelles et parfois agissant à un niveau macroscopique. Ainsi, la réponse de l'épidémiologie à la question des effets de contexte consiste souvent à isoler une variable afin d'identifier et de mesurer son effet spécifique sur la santé. Il s'agit dans cette perspective de distinguer les populations exposées à un phénomène de celles qui ne le sont pas, et de rechercher s'il existerait d'autres variables interférant avec cette exposition. Il serait donc nécessaire de savoir si les populations exposées et non-exposées sont comparables.

Pourtant, du fait d'une intrication dans la vie sociale, l'isolement des effets de voisinage des autres variables par des modèles de régression est tout bonnement impossible dans les études d'observation. La validité des analyses statistiques est en effet restreinte lorsque les éléments étudiés sont fortement liés entre eux : on peut préconiser de recourir à des essais expérimentaux en population ou aux méthodes des théories sociales, comme l'anthropologie, qui travaillent en immersion au sein de communautés [69]. C'est d'ailleurs une critique régulièrement énoncée par les sciences humaines et sociales vis-à-vis de l'épidémiologie sociale et de la méthode statistique en général, qui est celle de séparer et de rendre indépendants, sous la forme de déterminants, des éléments qui ne le sont pas, autrement dit, d'étudier des caractéristiques sociales « toutes choses égales par ailleurs », alors que précisément les choses ne sont nullement égales par ailleurs. En cela, il existe un déficit de compréhension des phénomènes observés, au profit d'une recherche de prédiction statistique. Si l'épidémiologie identifie des facteurs de risque pour la santé, elle peine à donner une explication des mécanismes qui sont à l'œuvre, le passage de l'un à l'autre se faisant à travers ce que l'on peut qualifier de « boîte noire ».

En ce qui concerne les effets de quartier, il est manifeste que la question est plus aiguë encore : pour rendre compte d'une réalité sociale, il ne s'agit pas seulement de considérer les attributs des individus qui composent une population, mais aussi la façon dont les attributs des uns potentialisent les effets sur les attributs des autres. Ainsi, il est essentiel de comprendre qu'il ne suffit

pas de distinguer variables de composition et variables contextuelles, mais qu'il s'agit d'analyser comment on passe de l'une à l'autre, comment la composition se transforme en élément de contexte. Sous cet angle, le tout apparaît comme plus important que la somme des parties, et une démarche à partir de régressions statistiques semble dès lors inopérante [25].

Qu'est-ce qu'un quartier ?

L'exploration des effets de contexte par l'épidémiologie conduit à différentes difficultés méthodologiques, du fait notamment de la quantification des données. Il s'agit en premier lieu d'identifier les variables permettant de caractériser socialement la zone géographique étudiée. Initialement, et c'est le cas de la majorité des études connues, les résultats proviennent de l'analyse secondaire de données collectées à l'occasion d'autres enquêtes, sans rapport direct avec la recherche d'un effet de quartier en santé, telles les données socio-économiques des divers recensements [27]. C'est par exemple le cas dans les rapports de l'Onzus (Observatoire national des zones urbaines sensibles), ce qui conduit à parler d'un « effet ZUS », rapports qui utilisaient la dernière enquête décennale de santé de l'Insee, menée à l'échelle de la population française dans son ensemble sans distinguer *a priori* le quartier d'habitation. La principale limitation de ces mesures réside donc dans leur approximation : elles ne sont que des variables intermédiaires frustes, utilisées à défaut de mieux, dans la recherche de la caractérisation sociale des quartiers. Si elles permettent d'objectiver un lien entre santé et voisinage, elles décrivent mal la nature de ce lien. Les imprécisions de mesure conduisent inévitablement à une estimation rudimentaire des chaînes de causalité du voisinage sur la santé et ne permettent ni d'identifier des caractéristiques sociales ayant un rôle spécifique, ni les processus par lesquels celles-ci pourraient jouer sur la santé. Par ailleurs, ces variables de contexte sont construites le plus souvent à partir de données socio-économiques individuelles, ce qui rend ensuite difficile, lors d'analyses en régression, de les isoler de ces dernières.

Il existe donc une nécessité de développer des outils spécifiques pour caractériser socialement les quartiers, ce qui a d'ores et déjà débuté avec, par exemple, l'utilisation de systèmes d'information géographique (SIG) ou d'observateurs évaluant les conditions de voisinage. Le premier outil, qui s'est développé et démocratisé avec l'informatique, consiste à mettre en relation, au sein d'un référentiel spatial, différentes bases de données, dans une double volonté d'amélioration des connaissances et de support à l'action. Il s'agit donc d'une nouvelle forme de cartographie qui permet notamment de mesurer la densité et l'accès à différents types de ressources (activité physique, alimentation...). Les systèmes d'information géographique se rapprochent donc des idées d'aménagement du territoire, d'urbanisme ou d'analyse de réseau. Cette orientation vers les res-

sources ou vers certains comportements pouvant être cartographiés apporte des éléments utiles et nouveaux, mais elle ne permet cependant pas de documenter l'ensemble des caractéristiques sociales d'un territoire, d'où le développement du second outil. Il s'agit cette fois de confier la mesure de phénomènes sociaux à des acteurs humains, offrant une palette beaucoup plus large en termes de descriptions des quartiers. Dans ce cadre, une première possibilité consiste à demander aux participants d'une enquête portant sur leur santé de remplir un questionnaire évaluant diverses caractéristiques de leur quartier. Il est alors possible d'établir directement un lien entre ces déclarations et la santé de l'individu, mais on peut également agréger les réponses des habitants d'un quartier afin de mieux caractériser celui-ci. Une seconde possibilité consiste à confier la tâche de l'évaluation des caractéristiques du voisinage à un observateur extérieur, dans le but d'objectiver la mesure. En effet, comme pour les données déclaratives en santé, les réponses indiquées par les habitants varient en fonction des conditions et des habitudes de vie de chacun. Par exemple, dans une même zone géographique, une personne pratiquant un exercice physique régulier tendra à davantage connaître et déclarer les ressources permettant cette pratique que quelqu'un de plus sédentaire. De même, les personnes dépressives risquent de sous-déclarer le réseau de relation et de cohésion sociale de leur quartier. On voit par ailleurs, à l'occasion de ce dernier exemple, qu'un observateur extérieur ne sera pas en capacité d'évaluer certaines caractéristiques du voisinage qui nécessitent de vivre sur place avec les habitants. C'est en particulier vrai pour tout ce qui touche aux relations sociales et à la vie en communauté.

Social et ethnicité

Un problème plus spécifiquement français tient à l'opportunité, d'une part, et à la possibilité, d'autre part, de caractériser les lieux de vie par une dimension ethnoculturelle. Si, là encore, cette question est relativement apaisée aux États-Unis – où les expressions de *black neighborhood* ou *African-American neighborhood* sont courantes et où la question de la ségrégation raciale semble même inextricable de celle des effets de contexte sur la santé [68, 74] –, elle reste hautement conflictuelle en France. Le constat que certains des quartiers prioritaires sont habités en grande majorité par des populations immigrées et issues de l'immigration est même difficile à caractériser par des mots, sauf dans une dimension strictement dépréciative. De ce fait, l'appréhension de la composition ethnique des quartiers apparaît comme un point quasiment tabou dans la littérature scientifique française.

Échelle et durée

Il n'est pas seulement nécessaire d'identifier les variables de contexte influençant la santé, il faut également définir plus précisément à quelle échelle elles agissent et donc

dessiner les contours de ces quartiers. Comme pour la caractérisation sociale des quartiers, les premiers outils utilisés ont été ceux existant préalablement à la recherche d'effets de voisinage. Et comme précédemment, ces zones géographiques, le plus souvent administratives, sont des intermédiaires approximatifs pour rendre compte de ce que les habitants considèrent comme « leur » quartier ou « leur » voisinage. Cependant, ces délimitations administratives ne sont pas non plus sans fondement et sont régulièrement corrélées avec des données socio-économiques ou de ségrégation urbaine. Le fait est que le débat reste ouvert quant à déterminer les échelles pertinentes pour étudier les effets de contexte sur la santé. Chaque individu évolue dans une plus ou moins grande pluralité de lieux dans sa vie quotidienne, en plus des ruptures importantes que constituent les changements de résidence. Il serait ainsi opportun d'étudier, pour chacun, l'exposition quasi simultanée à de multiples contextes. Cette question de l'échelle géographique de mesure n'est d'ailleurs pas propre à la recherche des effets de contexte sur la santé, mais se retrouve globalement dans l'étude des effets de quartier.

Temps et exposition

Plus spécifique aux études en santé est la question du rapport au temps. L'exposition à un facteur de risque induit rarement des effets immédiats sur la santé et il faut parfois plusieurs années de cumul dans le temps pour que les conséquences d'une exposition apparaissent. Prendre en compte ces phénomènes nécessite bien sûr d'utiliser différentes méthodes telles des études prospectives ou des cohortes, et pas seulement des études transversales. Là encore, il n'existe pas d'échelle de temps unanimement pertinente, mais une variabilité de processus qui nécessitent chacun différentes perspectives temporelles. Cette question n'est d'ailleurs pas non plus spécifique aux effets de contexte, puisque le débat existe aussi pour les inégalités sociales de santé à travers le courant des *lifecourse approaches*, mais elle pose de lourds problèmes méthodologiques. Cela implique en effet de suivre les mobilités spatiales des individus, les quartiers successifs de résidence et donc de caractériser socialement chacun de ces lieux, ce qui est rarement possible. De fait, il est clair que la question du « ghetto » posée en introduction prend toute sa portée : dire ghetto signifie non seulement une concentration de populations comportant certaines caractéristiques identiques, mais également une importante stabilité résidentielle des populations qui se traduit en pratique s'organisant en traits culturels.

La santé des quartiers : modèle anglo-saxon et spécificité française ?

Des inégalités sociales de santé à l'effet de quartier

Compte tenu des points méthodologiques, politiques et épistémologiques abordés ci-dessus, que peut apporter



la recherche en sciences humaines et sociales sur les effets de voisinage sur la santé ? Peut-on résumer ces mécanismes complexes d'expositions aux environnements de quartier et leur lien avec la santé ? En France, les travaux sont désormais nombreux sur les inégalités de santé, montrant les multiples facettes du lien entre inégalités sociales et état de santé. Ces enquêtes s'inscrivent dans un paradigme sociologique classique qui tend à expliquer les inégalités de santé sur deux versants : d'une part du côté de l'inégalité dans l'accès aux soins, dans le type et les modalités de soins proposés, il a été établi par exemple que la durée des consultations varie en fonction du milieu social des patients et de leur couverture sociale, et que la fréquence et la qualité des relations malade-médecin croissent quand diminue la distance sociale entre eux ; d'autre part du côté des décalages culturels, et notamment du rapport au corps, que déterminent les identités sociales. La culture acquise dans le milieu d'origine va ainsi guider les opinions, perceptions, déterminer des goûts, un langage, un rapport au savoir, au corps et donc des pratiques différenciées (alimentation, exercice, alcool, tabac...). De plus, la perception des sensations morbides est fonction de la variété des catégories de perception du corps, de la nature du vocabulaire, de l'aptitude à manipuler les taxinomies symptomatiques savantes. Il reste que ces approches traitent des inégalités à partir des caractéristiques sociales individuelles.

L'espace de la santé : une variable anglo-saxonne

Une des premières revues de littérature s'intéressant aux effets des conditions socio-économiques du voisinage sur la santé date des années 2000 et reprend les études de la fin du ^{xx} siècle sur le sujet, menées aux États-Unis [80]. Ces travaux montrent comment le lieu d'habitat agit sur la santé, comme on avait montré depuis les années 1960 que le territoire agissait sur un autre bien public : l'éducation. Au-delà des interrogations méthodologiques sur la pertinence des définitions et mesures de la notion de voisinage, du choix des caractéristiques sociales retenues et des questionnements autour du contrôle par les variables individuelles, cette revue livre toutefois un certain nombre de résultats. Ces derniers montrent la pluralité des effets du contexte socio-économique sur la santé. Les conséquences s'observent tant sur la mortalité que sur la morbidité – notamment le poids des enfants à la naissance ou des maladies chroniques telles que les incapacités fonctionnelles ou les pathologies cardiaques et respiratoires – ou sur les comportements en santé, en particulier la consommation de tabac, d'alcool et le type d'alimentation. Cette revue critique ouvre ainsi le champ à de nombreux autres travaux sur le sujet, considérant qu'il reste de nombreux points à éclaircir sur chacun de ces éléments.

Des travaux plus récents confirment ce lien global entre état de santé et voisinage, que ce soit du point de vue de la santé perçue, de la mortalité globale ou des pathologies cardiovasculaires et de leurs facteurs

de risque (consommation de tabac, surpoids, etc.). Une méta-analyse de 2012 met également en évidence que la mortalité est influencée par différents effets de contexte, que ce soit le niveau socio-économique, de cohésion sociale ou de densité de population du quartier, et ce indépendamment du niveau socio-économique individuel [65]. L'influence de l'environnement sur le cancer se retrouve, par exemple, à toutes les étapes de cette maladie [39]. D'abord dans la distribution des facteurs de risque de cancer en fonction des groupes ethniques et de leur voisinage, ce qui se traduit par une incidence plus forte des cancers dans certains quartiers. Ensuite, dans le stade de la maladie au moment du diagnostic, les Hispaniques habitant dans un quartier ségrégué auront par exemple une plus forte probabilité que leur cancer soit découvert à un stade avancé. Il existe même une différence dans les traitements prodigués, avec de plus fréquents écarts aux recommandations officielles chez les femmes porteuses d'un cancer du sein vivant dans des quartiers pauvres ou racialement ségrégués. Pour ce qui est de la vie avec la maladie, la plupart des travaux montrent un lien entre l'environnement et le niveau de qualité de vie et sa progression. Enfin, il en est de même pour ce qui est du taux de survie, où l'on retrouve le même désavantage pour les Hispaniques vivant dans des ghettos.

Comme pour les inégalités sociales de santé dans leur ensemble, les facteurs de risque de morbidité ne sont pas épargnés, notamment les comportements en lien avec la santé. Ont ainsi été particulièrement étudiées les habitudes alimentaires, la consommation de tabac et d'alcool, ainsi que l'activité physique. Il en ressort une association forte entre tabagisme et résidence en quartier précaire. Il en est de même pour l'exercice d'une activité physique, plus fréquente dans les environnements plus favorisés.

À ces analyses s'articulent d'autres études portant sur les effets de voisinage sur la santé et visant à mesurer quelles variables sont en jeu, et non plus à mettre seulement en parallèle un état de santé avec des variables sociales préexistantes [27]. Sont ainsi testées des variables comme le bâti, la cohésion sociale ou la délinquance. De plus en plus fréquemment, les effets du voisinage sur la santé sont scindés en deux grands ensembles que sont l'environnement social et l'environnement physique. Ana V. Diez Roux et Christina Mair [28] décrivent ainsi schématiquement le processus à l'œuvre, à travers plusieurs mécanismes interdépendants. En premier lieu, la ségrégation résidentielle et les inégalités de ressources locales se renforcent l'une et l'autre, puisque la ségrégation peut aboutir à créer des inégalités spatiales de ressources, qui peuvent à leur tour renforcer une forme de ghettoïsation. En lien avec ces éléments, les caractéristiques physiques et sociales de l'environnement agissent également l'une sur l'autre. Ainsi, la qualité des espaces publics – qui font partie de l'aspect architectural de l'espace – peut affecter la nature des interactions sociales dans le voisinage, et

à son tour aura des conséquences sur la possibilité pour les habitants de promouvoir une amélioration de ces espaces publics. Enfin, les comportements et les éléments liés au stress sont les facteurs, au niveau individuel, qui vont agir sur la santé des personnes.

Interactions multiples et approche globale

Plus récemment, c'est la recherche du lien entre les différentes causalités qui est exploré. En effet, si les inégalités socio-économiques et la ségrégation sont incontestablement des dimensions clés de l'expérience globale des habitants des quartiers, la recherche anglo-saxonne s'efforce de mieux comprendre comment cette expérience est imbriquée avec les caractéristiques de l'environnement physique. Sur le plan des modalités méthodologiques, cela se traduit par exemple par une « *observation sociale systématique* » [90]. Il s'agit alors de penser, de façon plus globale et transversale, une théorie de la pauvreté éclairant les formes selon lesquelles le territoire est un cadre de socialisation produit par de multiples relations, qui affecte conduites et caractéristiques sanitaires.

Dans cette perspective, des chercheurs adoptent un schéma longitudinal et expérimental qui permet d'améliorer le niveau d'analyse et la qualité de l'existence de tels liens [9]. De ce point de vue, il devient très clair qu'il ne suffit pas de raisonner en termes d'accès : que les professionnels de santé (pharmaciens, médecins généralistes, infirmières, etc.) soient présents dans les quartiers défavorisés n'implique pas que les soins s'y exercent de la même manière.

Le quartier pourrait même être pensé, sur le mode de la « justice environnementale », comme un « environnement toxique » à la fois sur le plan des conditions environnementales (sécurité, délabrement, conditions de vie, aménagement urbain) et des pratiques (modes alimentaires, fonctionnement des soins, valeurs de référence). Ainsi, les enquêtes tendent à restituer des visions, des sons, des sensations environnementales d'un contexte de vie. Ces analyses portant sur une échelle communautaire, peuvent produire des mesures des caractéristiques du quartier, en utilisant l'évaluation collective de plusieurs habitants, à partir d'indicateurs portant sur des habitudes routinisées d'activité, par opposition à une stratégie de construction d'indicateurs de quartier basée sur les rapports additionnés des seules individus à leur quartier [21].

Des enquêtes ont traité en ce sens des effets spécifiques générationnels, quelques études ayant examiné particulièrement le lien entre les caractéristiques du quartier, l'origine ethnique [6] et la mortalité : les disparités ethniques varient en fonction des caractéristiques du quartier, mais également en fonction des histoires de vie. Ainsi, pour comprendre les effets complexes de l'exposition d'un individu aux environnements de quartier, des travaux ont commencé à considérer les effets durables du contexte communautaire en analysant des histoires résidentielles. Les caractéristiques

environnementales, en particulier la concentration des désavantages et de la ségrégation, expliquent en partie la persistance des disparités ethniques, alors même que les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des individus sont contrôlées.

L'entité ZUS comme catégorie française d'analyse pertinente ?

La comparaison de l'état de santé des individus selon leur quartier d'habitation n'est pas nouvelle en France. Déjà, au milieu du XIX^e siècle, Louis René Villermé mettait en évidence la variation des taux de mortalité dans les différents arrondissements de Paris, même s'il s'agissait alors de faire un lien entre pauvreté et santé et non pas de s'intéresser aux effets propres d'un territoire et de ses voisinages. De même, le développement de l'épidémiologie, puis de l'épidémiologie sociale, au cours de la seconde moitié du XX^e siècle ont conduit à poser la question de l'influence du quartier sur l'état de santé de ses habitants en soulignant l'idée que les caractéristiques individuelles sont insuffisantes pour comprendre les conduites en matière de santé. Toutefois l'épidémiologie sociale, probablement guidée par une logique d'action clinique des professionnels de santé, s'est orientée vers le fait d'isoler de plus en plus finement les caractéristiques des individus. Ainsi, elle estime les facteurs de risque sur la santé à partir d'enquêtes statistiques portant sur tel ou tel autre aspect de risque.

Plus récemment, le territoire a commencé en France à être pensé comme un élément de compréhension de l'état de santé de ses habitants [20] alors qu'aux États-Unis les chercheurs font le point sur les nombreuses enquêtes réalisées depuis vingt ans sur la question [9]. Ainsi, on peut montrer comment des lieux publics dégradés ont une influence délétère sur la santé mentale ou comment un territoire peut favoriser la pratique d'activités physiques. Différents types de causalité peuvent être mis en évidence de façon autonome, comme des effets de composition liés à l'identité des habitants (âge, culture et identités, catégorie sociale, vulnérabilités...) ou à des effets d'exposition physique (conditions matérielles de délabrement, environnement, insalubrité, pollution, nuisances sonores...).

Les travaux sur les zones urbaines sensibles (ZUS) marquent une étape dans la recherche française. Zones géographiques souvent assimilables à des quartiers et dont la composition démographique est par définition constituée d'habitants socialement défavorisés au regard du reste de la population française, elles sont davantage touchées par le chômage, plus fréquemment habitées par des personnes sans diplôme et avec des revenus peu importants. À partir de l'enquête décennale « Santé » 2002-2003, réalisée par l'Insee, le rapport 2006 de l'Onzus présente ainsi une comparaison de l'état de santé et du recours aux soins des habitants des ZUS, avec celui des habitants des mêmes agglomérations ne vivant pas dans ces quartiers [73]. Sans surprise, divers



indicateurs de santé sont défavorables pour les habitants des ZUS et, plus encore, l'impact global du quartier est relevé : « [...] à *caractéristiques socio-économiques individuelles identiques, plus les personnes vivent dans un quartier où le niveau social et économique est faible, plus la probabilité qu'elles se déclarent en mauvaise santé est élevée* » [3]. Cet effet influence le recours aux soins : à niveau de revenu équivalent, les personnes qui vivent en ZUS consultent moins fréquemment des spécialistes. De même, si toutes les personnes sans emploi ont une plus grande probabilité de se faire hospitaliser, ce risque est trois fois plus important pour les habitants d'une ZUS [73]. Ainsi, il apparaît finalement ici aussi un « effet ZUS » sur l'état de santé de ses habitants qui dépasse la simple addition des effets des catégories sociales les plus usitées.

Investiguer la santé dans les quartiers populaires français

On voit comment un type d'environnement peut créer des situations d'inégalités collectives qui viennent renforcer les inégalités individuelles. Ce n'est donc pas

seulement l'état de santé qui est davantage dégradé pour les habitants des quartiers défavorisés, mais tout un ensemble d'attitudes et de conduites qui se renforcent mutuellement. Autrement dit, c'est loin d'être la somme de déterminants individuels, aussi nombreux soient-ils, qui suffit à rendre compte d'un état de santé et/ou d'un rapport à la santé, mais bien une dimension collective nécessitant une approche adaptée à celle-ci. En ce sens, travailler l'effet du quartier sur la santé invite à multiplier les approches en épidémiologie sociale et en sciences humaines et sociales afin de cerner au plus près la dimension communautaire et culturelle (au sens de pratiques partagées et induites par la cohabitation dans une même unité de lieu). Cette démarche incite également à considérer que cette culture ne se limite pas nécessairement aux habitants des quartiers, mais qu'elle implique également l'activité des professionnels : de même que la sociologie de l'éducation a montré que les quartiers induisent une façon spécifique de faire la classe, il n'est pas de raison de penser que l'activité médicale, de soin ou de santé au sens le plus large ne soit pas touchée par cet effet quartier. ...

Crise économique et conditions de travail

Thomas Coutrot
Chef du département
Conditions de travail
et santé à la Dares,
ministère du Travail et
de l'Emploi

La crise financière commencée aux États-Unis en 2007-2008 a provoqué une récession mondiale : en France, après une chute de 3 % du PIB en 2009, la croissance est restée faible au cours des années suivantes. Le chômage est passé de 7,5 % en 2008 à 10,5 % en 2014, avant de reculer d'un point en 2015-2016.

Ce choc a aussi affecté les conditions de travail des salariés en emploi. Le sentiment d'insécurité est renforcé par la crise, contribuant à une dégradation du vécu du travail par les salariés. Deux grandes enquêtes statistiques complémentaires ont permis d'observer ces changements : l'enquête « Santé et itinéraire professionnel » (SIP), menée par la Dares (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) et la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), les services d'études des ministères chargés du travail et de la santé, et l'enquête « Conditions de travail » (Dares).

Des risques psychosociaux en hausse entre 2006 et 2010

L'enquête SIP a été réalisée en deux vagues, 2006 et 2010, auprès de 14 000 individus de la population générale. En comparant les déclarations des salariés interrogés à la fois en 2006 et 2010, on observe une stabilité des pénibilités physiques mais une augmentation

générale de l'exposition aux risques psychosociaux¹. Ainsi les proportions d'individus déclarant « travailler sous pression », « avoir très peu de liberté pour décider comment faire leur travail » ou « avoir de mauvaises relations avec leurs collègues » augmentent chacune de plus de 5 points de pourcentage entre 2006 et 2010 [37]. L'augmentation la plus spectaculaire concerne le risque de ne pas avoir un « travail reconnu à sa juste valeur » : 74 % l'expriment en 2010 contre 59 % en 2006.

La dégradation apparaît plus forte dans les entreprises où le salarié indique qu'il y a eu un plan de licenciements sur la période. Même en l'absence de licenciements, beaucoup d'entreprises ont réduit leur recours aux contrats temporaires (CDD et intérim), ce qui a induit des réorganisations du travail pour les salariés permanents. En outre, les politiques de modération salariale ont pu affaiblir le sentiment de reconnaissance du travail. En revanche, les salariés qui ont connu une mobilité professionnelle (mutation ou changement d'employeur) entre 2006 et 2010 voient en moyenne leurs conditions de travail s'améliorer : ils ont souvent réussi à s'extraire de situations délétères.

1. Seule la crainte pour son emploi n'augmente pas : cet apparent paradoxe s'explique par un effet de sélection, les salariés qui craignent pour leur emploi en 2006 ayant une probabilité plus élevée d'être au chômage ou de ne pas avoir été retrouvés par l'enquête en 2010.

Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 50.

Une reprise de l'intensification du travail sur fond d'entraide entre collègues

L'enquête « Conditions de travail » a été réalisée en 2005 auprès de 18 000 répondants et en 2013 auprès de 34 000 répondants, mais sans suivi individuel des personnes. Elle confirme une stabilité des contraintes physiques et indique une poursuite de la progression de l'informatique dans le travail. Après la relative stabilisation enregistrée entre l'enquête de 1998 et celle de 2005, les changements organisationnels et les rythmes de travail ont repris leur mouvement à la hausse enregistré depuis la fin des années 1980 [2] : on enregistre donc une reprise de l'intensification du travail. En même temps, à la différence de la période antérieure, la standardisation des tâches et les exigences de traçabilité tendent à réduire les marges de manœuvre des salariés, sauf pour les ouvriers non qualifiés.

Les salariés signalent des possibilités accrues de coopération mais aussi des tensions plus fréquentes avec les collègues ou les clients et usagers. Les exigences émotionnelles du travail augmentent, notamment pour les personnels en contact avec un public ou des usagers en souffrance.

En contrepartie, l'entraide entre les salariés tend plutôt à se renforcer au sein des collectifs de travail : la proportion de salariés qui disent « être aidés par leurs collègues en cas de difficulté dans le travail » passe de 65 % à 79 %. Cette amélioration du soutien social semble atténuer les impacts de l'intensification du travail : ainsi la proportion de salariés « obligés de se dépêcher dans leur travail », déclaration fortement liée au manque de soutien social, tend à diminuer.

Insécurité économique : l'impact de la conjoncture mais aussi des changements organisationnels

Dans le contexte de crise, la proportion de salariés « inquiets pour leur emploi pour l'année à venir » a progressé entre 2005 et 2013, passant de 11 % à 17 %. L'enquête « Conditions de travail » confirme que les risques psychosociaux vécus par les salariés dépendent fortement de la situation économique et des changements que traverse leur entreprise [23]. Les salariés des établissements en croissance déclarent logiquement moins d'insécurité économique mais aussi moins de tensions au travail. Par contre, dans les établissements qui ont réduit le volume d'emploi, les salariés connaissent bien sûr une plus grande insécurité de l'emploi, mais aussi un travail plus intense, des marges de manœuvre réduites et des rapports sociaux plus tendus que ceux des établissements « stables » ; leur santé mentale apparaît même fragilisée, avec un risque dépressif accru de 30 % par rapport à ces derniers. Les salariés des établissements dits « flexibles » – ceux qui connaissent de fréquentes fluctuations de leur activité, à la baisse comme à la hausse – signalent également une intensité du travail et une insécurité économique plus élevées (toujours par rapport aux établissements stables). En outre, l'insécurité est plus forte pour les salariés des

établissements qui, sans avoir réduit l'emploi, ont connu des restructurations (fusion, acquisitions, changements de direction...).

Des politiques de prévention plus actives

Les partenaires sociaux ne sont pas restés inactifs face à ces difficultés. Des négociations et accords sur les seniors et sur la pénibilité ont cherché à faciliter le maintien dans l'emploi des personnes dont les conditions de travail étaient risquées et/ou dont la santé est dégradée. Des accords interprofessionnels (en juillet 2008 sur les risques psychosociaux et en juin 2013 sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle) ainsi que l'élaboration du Plan santé au travail n° 3 (2016-2020) ont montré une sensibilisation des employeurs à la prévention des mauvaises conditions de travail. De fait, on observe dans l'enquête « Conditions de travail » un renforcement des politiques de prévention des risques professionnels en entreprise : les salariés disent plus souvent en 2013 qu'en 2005 disposer de consignes de sécurité ou recevoir une formation sur la santé et la sécurité au travail. De même, le sentiment des salariés « d'être capable de pouvoir faire le même travail jusqu'à la retraite » a augmenté entre 2005 et 2013, ainsi que le souhait de le faire ; cette évolution favorable peut refléter l'amélioration de la prévention mais aussi la nécessité de conserver son emploi en période d'incertitude croissante.

C'est pourquoi la manière dont les changements organisationnels sont préparés et mis en œuvre est d'une grande importance en matière de santé au travail [22]. Quand les salariés se disent bien informés par les directions à propos des changements à venir (ce qui est le cas pour plus de la moitié des salariés qui ont vécu un changement en 2013), et plus encore quand ils sont consultés et ont l'impression d'avoir pu influencer les décisions (18 % des salariés ayant vécu un changement), l'impact sur leur sentiment d'insécurité d'emploi et sur leur bien-être psychologique est relativement limité. En revanche, les salariés qui n'ont été ni informés ni associés aux changements (37 % des salariés) sont beaucoup plus inquiets et ont un risque environ deux fois plus élevé de connaître un symptôme dépressif. ...



Santé des personnels en milieu hospitalier, qualité des soins et contraintes budgétaires

Christophe Seguin*
Médecin
de santé publique

Les événements tragiques qui touchent les professionnels travaillant à l'hôpital font prendre conscience collectivement du fait qu'une partie de l'hôpital est en souffrance. Le ministère de tutelle a répondu à cette situation par une « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : prendre soin de ceux qui soignent »¹. Cela après la timide introduction de critères de qualité de vie au travail dans le référentiel d'évaluation de la qualité hospitalière de la Haute Autorité de santé. Il en faudra sûrement plus pour sortir de la nasse dans laquelle nous sommes entrés, mais la reconnaissance du problème est un bon début pour amorcer une analyse des causes et une ébauche de solutions.

Le mal-être au travail, un problème partagé

Les problèmes au travail retentissent sur la vie quotidienne. En France, les enquêtes de l'Insee sur la satisfaction de vie en général montrent que « les actifs occupant un emploi et en situation de mal-être au travail sont également plus fréquemment ceux qui déclarent une moindre satisfaction » [45]. La situation de mal-être professionnel n'est pas propre à la France. Différentes enquêtes dans le monde mettent en évidence la place

croissante des signes de mal-être professionnel ou de burn-out. Une récente enquête menée dans quinze pays (Baromètre Edenred-Ipsos 2016 « Comprendre et améliorer le bien-être au travail ») met en évidence un taux de satisfaction au travail de 70 % pour l'ensemble, les données françaises étant un peu inférieures à 67 %.

Le mal-être des professionnels de soins dans les autres pays

Pour ce qui concerne le monde hospitalier, de nombreuses enquêtes montrent que les infirmiers et les médecins sont concernés par ce problème. Pour les médecins, une étude de 2011 portant sur 25 000 médecins aux États-Unis [97] met en évidence au moins un signe pré-curseur de burn-out chez près de 46 % des répondants (selon une échelle d'évaluation internationale, MBI, lire encadré 2), soit un score largement supérieur à celui de la moyenne de la population générale (28 %). Ce score est encore augmenté de 9 points dans une étude plus récente de la Mayo Clinic (fédération hospitalo-universitaire et de recherche américaine). D'autres exemples existent en Europe ; le National Health Service (NHS, système de la santé publique du Royaume-Uni), de son côté, ayant pris la mesure du problème, a mis en place des formations et des supports pour prendre en compte le bien-être au travail dans les institutions de soins.

1. Conférence de la ministre chargée de la santé du 5 décembre 2016.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

Quelques approches des risques psychosociaux et du burn-out

Définition des risques psychosociaux (RPS) du ministère du Travail (2015) : « Les risques psychosociaux sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité RPS, on entend stress mais aussi violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violences externes (exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés). »

Christina Maslach : « Le burn-out se traduit par un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel,

physique et psychique) ressenti face à des situations de travail "émotionnellement" exigeantes. »

Freudenberger Herbert J. : « En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. »

* L'auteur de cet article écrit à titre personnel. Ses propos n'engagent donc que lui. Compte tenu de l'ampleur du sujet, le choix a été fait d'apporter un éclairage sur la vie au travail et de cibler les professions médicales.

La mesure du burn-out

Le questionnaire le plus fréquemment utilisé pour évaluer le burn-out est le MBI échelle de Maslach, qui explore trois versants : l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel. Un deuxième questionnaire est également utilisé, le CBI, qui comprend trois échelles :

l'une cible le burn-out personnel ressenti, l'autre le burn-out lié au travail, la troisième le burn-out lié à la relation d'aide. Ces questionnaires sont disponibles en ligne pour réaliser des autotests.

Qu'en est-il dans les hôpitaux français ?

Le constat d'un mal-être et le niveau du risque de burn-out

Plusieurs enquêtes ont été menées dans les années 2000, en particulier par M. Estry-Béhar et ses collaborateurs, dans des hôpitaux français à partir de données d'évaluation internationales (enquête NEXT-PRESST). Pour ce qui concerne les infirmiers, elles montrent que le tiers d'entre eux ne vont pas jusqu'au bout de leur carrière et qu'une partie des causes mises en évidence sont en lien avec les conditions de travail (le manque de soutien psychologique, la pression temporelle, la dégradation des conditions de soins, le nombre insuffisant de personnels, les attentes professionnelles non satisfaites, le manque de temps pour les soins). Les mêmes enquêtes montrent que les trois facteurs clés de satisfaction restent la relation soignant-soigné, le travail d'équipe, l'organisation du travail et la qualité des soins. Pour ce qui concerne les médecins hospitaliers, les enquêtes ont montré que ces derniers sont pour une part également en état de souffrance professionnelle (enquête SESMAT 2008). Le baromètre social réalisé par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris en 2013 montrait un climat satisfaisant en moyenne mais une baisse de motivation des professionnels, dont les médecins. Les attentes exprimées par ces derniers portaient sur la reconnaissance du travail et les conditions matérielles de travail. Ce qui est inquiétant est que la situation s'est dégradée, comme le constat en a été fait dans les autres pays. Une enquête plus récente, réalisée en juin 2016 dans un CHU parisien, donne des résultats qui confirment la tendance. Un tiers des répondants ont été classés dans un groupe « atteinte à la santé » (au moins un des critères suivants retrouvé : usé ou au bout du rouleau en se levant le matin, angoissé avant d'aller au travail, sensation d'être tout le temps dépassé par les événements ou noyé, jamais la possibilité de se détendre et de se déconnecter du travail après la journée de travail, impression de tout le temps mal faire son travail, projets ou idées suicidaires à cause du travail (au cours de la vie), en burn-out actuellement) et 43 % en risque psychosocial (ayant répondu « tout le temps » à « charge de travail trop importante » ou à « manque de reconnaissance du travail » et en situation de conflit).

Y a-t-il des causes identifiables à ce mal-être ?

Les enquêtes de M. Estry-Béhar, citées plus haut, ont bien mis en évidence que le manque de travail d'équipe, les conflits entre activité professionnelle et vie familiale, l'intensité du travail (plus que la durée du travail) sont des facteurs qui augmentent les risques psychosociaux et partant celui du burn-out. La plupart des études montrent l'importance de la qualité de travail en équipe et du « management ». Comment en est-on arrivé là dans l'hôpital, qui devrait être le creuset du travail collectif ?

Le premier constat est que l'hôpital a connu une succession de réformes. La plupart sont importantes et

justifiées au regard des objectifs de qualité et de sécurité des soins, et d'utilisation rationnelle des moyens de l'hôpital. Le problème est que les conditions de travail n'ont pas été revisitées à l'aune de ces réformes (de nombreux papiers et livres traitent de ce « new management public » appliqué à l'hôpital et de ses conséquences). Les professionnels ont dû s'adapter encore et encore, ce qui explique que le moindre changement aujourd'hui les met au bord de la rupture.

Les médecins, comme les autres salariés dans les entreprises, sont confrontés à l'intensification de leur activité (diversité des tâches, médicales et non médicales, et « défi de productivité » tout en devant maintenir une performance sur les résultats). La notion de la charge de travail est au premier plan (impression d'être débordé, d'avoir trop de travail, d'avoir une activité qui déborde le temps de travail lui-même) plus encore que celle du temps de travail (Bartoli et Rocca) [14].

Par ailleurs, les médecins hospitaliers se sentent « corsetés » dans leur activité. Alors qu'ils déclarent aimer prendre en charge des patients, le contact avec eux, ils se plaignent d'être distraits de cette activité clinique, qui est le cœur de leur engagement, pour faire beaucoup de tâches et en particulier des « tâches administratives » sans pouvoir rééquilibrer leur activité². Or les études en sociologie du travail ont bien montré que la marge de manœuvre dont chacun dispose sur l'organisation pour atténuer les effets de la charge de travail est essentielle pour atteindre un équilibre entre les contraintes imposées et les valeurs professionnelles (Raveyre et Ughetto) [14]. Une latitude décisionnelle faible ou le ressenti d'absence de pouvoir sur son activité étant générateur de souffrance au travail.

Enfin, les conflits ou les difficultés relationnelles sont des facteurs aggravants. Il y a des conflits entre des directions et des médecins, mais il y a aussi des conflits entre médecins eux-mêmes. Dans un nombre de situations non négligeable, ces conflits sont en lien avec la survivance des rapports de pouvoir qui étaient acceptés ou subis il y a encore dix ou vingt ans mais qui sont aujourd'hui vécus comme insupportables. Ce qui pouvait passer pour « culturel » il y a vingt ans se transforme maintenant en « folklore » inacceptable.

En fait, la pression sur la production des soins, que la mise en place de la T2A³ a accélérée, n'a fait que révéler le fait que les professionnels de soins hospitaliers sont dans une situation de tension. Cette dernière atteint son point de rupture. Les adaptations que les professionnels de soins ont mises en place au cours du temps pour répondre à leur mission dans des condi-

2. Rapport final intitulé Exercice médical à l'hôpital, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), septembre 2011.

3. La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés. Lancée en 2004 dans le cadre du plan Hôpital 2007, elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses.



tions qui répondent à leurs attentes et valeurs ne sont plus opérantes. Leur « autonomie dans les zones mal réglementées de l'organisation » s'est réduite comme peau de chagrin. Autrement dit, le management, censé être le lien entre le travail conceptualisé par les responsables et le travail réalisé par les acteurs de terrain, n'est pas opérant.

Le film de Jérôme Le Maire, *Burning Out. Dans le ventre de l'hôpital* (inspiré du livre de Pascal Chabot, *Global Burn-out*, et tourné dans un bloc opératoire parisien), illustre bien les tensions qui existent entre les désirs d'action parfois contradictoires des différents professionnels dans une unité de lieu qui rassemble des corps de métier différents, dans un contexte de tension sur les moyens humains disponibles (sortie en salle en mai 2017).

Cette situation est donc inquiétante, d'autant plus qu'elle interroge sur la qualité des soins qui sont délivrés aux patients dans un tel contexte.

Les liens avec la qualité des soins

T2A et qualité des soins, T2A et mal-être des professionnels de l'hôpital

On est rapidement tenté de mettre en cause la T2A, qui a induit un productivisme qui n'existait pas quand l'hôpital était financé par un budget global. Le principe d'équilibre budgétaire s'est en effet inversé quand on est passé du budget global (l'ajustement se fait sur une baisse d'activité) à la T2A (l'ajustement se fait par l'augmentation de l'activité facturable). Le prologue du rapport Véran [67] illustre parfaitement cette situation (cf. encadré ci-dessous). Toutes les études montrent que l'activité s'est accrue (la baisse de la durée moyenne de séjour atteste à elle seule de l'intensification de l'activité) avec un retentissement sur le travail des équipes médicales et paramédicales, sans oublier les équipes administratives et techniques.

Le rapport Véran comme celui du Sénat (25 juillet 2012) rappellent qu'il n'y a pas d'études qui mettent en

évidence de façon franche une incidence sur la qualité des soins. Pas plus en France qu'à l'étranger. Une revue de la littérature réalisée sur ce sujet en 2012⁴ montre qu'aucune étude publiée n'est concluante et que les résultats peuvent même être contradictoires. Ce qui ressort le plus franchement est le risque potentiel pour les plus vulnérables (malades psychiatriques, personnes âgées) de sortir de l'hôpital avant d'être à l'équilibre, avec un risque de réhospitalisation non programmée, voire de décès prématuré. Pour sa part l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), dans un document de 2012, rappelle que « *la T2A ne récompense pas les fournisseurs de soins dans le but d'améliorer la qualité* ».

Par contre, dans ces rapports, il n'est pas fait mention du retentissement sur les professionnels de soins de la T2A. Seul le rapport Véran préconise d'ajouter des indicateurs de satisfaction des personnels aux indicateurs de qualité pris en compte dans le financement des hôpitaux.

Mal-être des professionnels et qualité des soins

En ce qui concerne le lien entre le mal-être des professionnels et la qualité des soins, les données sont encore partielles. Les enquêtes rapportent le ressenti des professionnels concernés, qui s'accordent sur une baisse probable de la qualité des soins voire sur un risque accru pour les patients liés à des phénomènes comme une baisse d'attention... Une revue de la littérature dans ce domaine a été réalisée pour la HAS et publiée en janvier 2016 [42]. De nombreuses études montrent les liens entre conditions de travail, sécurité et satisfaction des patients et résultats de santé.

Une étude menée dans des unités de soins intensifs de 48 hôpitaux met en évidence un lien entre burn-out et mortalité, sans que les auteurs puissent toutefois conclure sur ce qui est cause et ce qui est conséquence.

4. Amani Ziani Aouaz. L'Impact de l'utilisation de la T2A sur la qualité et l'accès aux soins en France. Thèse Paris 8, mars 2013.

Témoignage d'un chirurgien orthopédiste*

« Je m'en souviens comme si c'était hier. Mon directeur me convoque – c'était en novembre – et m'informe que tout le budget alloué au service d'orthopédie étant consommé pour l'année, je devais limiter les poses de prothèses aux vraies urgences et repousser le programme à l'année suivante. C'était ça, le budget global.

La T2A, ça a été l'inverse : plus on opérait, mieux c'était... Ensuite, on nous a demandé de garder les malades moins longtemps... Le problème, c'est quand on a commencé à voir apparaître des objectifs d'activité basés non plus sur les besoins estimés de la population, mais sur des critères médico-économiques... Là où je dis

qu'il y a un problème, c'est quand on parle davantage de durée moyenne de séjour que de projet de soins... Certains collègues médecins disent en CME qu'ils sont parfois tentés de prescrire un acte en plus pour facturer un hôpital de jour. Est-ce que c'est vrai ? On ne peut pas nier que la pression soit ressentie de plus en plus fortement. Qu'on fixe des tarifs pour une activité, OK. Que les tarifs fixent notre activité, ça sera sans moi ! »

* Prologue du rapport d'étape de la Mission sur l'évolution du financement des établissements de santé [67].

In fine, la santé des professionnels de santé est perçue comme étant d'une telle importance pour la qualité des soins qu'un médecin américain [93] a suggéré d'ajouter la dimension « bien-être des professionnels » aux trois fondements totémiques de la qualité des soins aux États-Unis (définis par Berwick : satisfaction des patients, santé de la population, réduction des coûts par prise en charge).

Y a-t-il des solutions ?

Les préconisations habituellement retenues pour les organisations de travail sont le travail sur le collectif, le management... Elles sont indispensables. C'est ce qui constitue d'ailleurs la plus grande partie des propositions du ministère de la Santé. Notre conviction est que le problème à l'hôpital est plus profond.

L'hôpital a bien joué son rôle de recours et d'expertise depuis la réforme Debré de 1958. Les acteurs hospitaliers se sont identifiés jusqu'à une période récente à l'ambitieuse politique portée par cette réforme. Le constat, encore une fois, est qu'on se trouve à la fin d'un cycle. La T2A n'est que l'estocade portée à un système au bord de l'épuisement. Ce n'en est pas la cause. L'organisation des soins comme la formation des professionnels et le mode de rémunération des acteurs ne sont plus en phase avec les évolutions sociétales, les évolutions techniques (le progrès médical mais aussi les nouvelles technologies de l'information et de la communication) et l'évolution des attentes des professionnels eux-mêmes (dont elle reflète l'évolution des générations).

On doit inventer de nouvelles formes de prises en charge pour s'adapter à l'évolution de la société mais aussi des pathologies (poids de pathologies chroniques) et de la science (prévention, dépistage et traitement). Il faut adapter à la fois les rôles des institutions et des professionnels et leurs modes de rémunérations pour les rendre congruents.

Il est vraisemblable qu'il faut un choc comme celui conduit par Robert Debré contre vents et marées en 1958. Il faut rappeler le très fort soutien politique dont il a bénéficié, qui s'est manifesté entre autres par la création par décret le 18 septembre 1956 du Comité interministériel de l'enseignement médical, des structures hospitalières et de l'action sanitaire et sociale. La création d'un nouveau statut plein-temps (et donc le glissement vers l'hôpital de l'exercice de la compétence médicale) a été un des grands enjeux de la réforme. Or Robert Debré insistait sur ce qu'il estimait être l'essentiel de sa réforme : « l'installation de la biologie à l'hôpital ». Mais il a également rappelé dans une intervention à Rennes en 1973 (dans le cadre d'une semaine consacrée à l'enseignement de santé publique), que le troisième volet de cette réforme, la dimension de santé publique, manquait et devait donc être intégré. Qu'entendait-il par-là ? Que « la médecine d'aujourd'hui comporte trois parties : l'étude clinique de son corps et de son esprit, l'étude biologique raffinée, avec des moyens supplémen-

taires pour connaître le fonctionnement et les vices de fonctionnement de son corps, et la santé publique pour se préoccuper de son attitude et de son comportement vis-à-vis de la société et du milieu influant sur lui. C'est une philosophie entière, c'est une pensée globale qui doit inspirer ce changement. » Il prônait une approche globale, holistique, à laquelle on ne répond encore que partiellement. Les réflexions sur les parcours de soins, centrées sur les personnes, s'en approchent. Leurs mises en œuvre nécessiteront de creuser les fossés qui existent entre les différents acteurs sanitaires et sociaux, en particulier entre l'hôpital et « le reste du monde », tant en ce qui concerne la rémunération des acteurs que les statuts des médecins. En 1958, il fallait asseoir une médecine d'expertise. Le concept étant acquis, il est nécessaire de revisiter les places des acteurs. Donner la possibilité aux médecins de se consacrer à la prise en charge des personnes malades nécessite de les laisser travailler dans un environnement serein et ouvert qui dépasse les questions de frontière entre structures de soins hospitalières et de ville. Le statut corseté des médecins des hôpitaux les enferme dans un cocon faussement protecteur. Il faut s'autoriser à imaginer un nouveau « paradigme » d'exercice médical, qui permette une prise en charge adaptée de la population et apporte un nouveau souffle aux professionnels afin de les aider à échapper au burn-out ambiant⁵. ...

5. La question relative aux étudiants en médecine et aux internes n'a pas été abordée dans ce texte.



Accès aux soins dans les pays touchés par la crise économique

Sylvie Rey
Romain Roussel
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Les obstacles potentiels à l'accès aux soins sont multiples : raisons financières, délais d'attente, distance d'accès, manque de temps personnel, non-recours aux droits, situations sociales actuelles et passées... Ces facteurs peuvent se cumuler et renforcer ainsi les inégalités de santé selon l'âge, la situation sociale ou l'état de santé lui-même. Les inégalités d'accès aux soins peuvent perdurer y compris dans des pays où il existe une couverture maladie universelle [79].

Pour faire face au resserrement de la contrainte budgétaire sur les dépenses publiques, des outils de régulation des dépenses de santé ont été mis en place dans la majorité des pays européens et souvent renforcés depuis le début de la crise [70], ce qui a conduit à un net ralentissement de la croissance des dépenses de santé. Dans les pays les plus durement touchés par la crise, comme la Grèce, l'Italie ou le Portugal, ils ont même entraîné une diminution historique des dépenses de santé depuis 2009 [75]. Certains leviers d'action utilisés ne sont pas sans répercussion sur l'accès aux soins : la perte de la couverture maladie, l'augmentation des restes à charge (cf. définition dans l'encadré) et, dans certains cas, l'augmentation des distances ou l'allongement des délais d'attente ont pu amplifier les effets directs de la crise et les difficultés d'accès aux soins des populations les plus fragiles, bien que des mesures protectrices aient le plus souvent été mises en place.

En gardant en mémoire les limites des enquêtes déclaratives [57], une hausse du renoncement déclaré pour certains soins ou pour certaines populations est aussi souvent constatée. Cette hausse est plus marquée dans certains pays les plus durement touchés par la crise, pour les personnes aux revenus les plus faibles [60] et pour les personnes âgées [86].

Un ralentissement voire une diminution des dépenses de santé plus marquée dans certains pays depuis la crise financière

Après plusieurs décennies d'augmentation régulière de la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut de la plupart des pays européens, une stabilisation s'est amorcée chez certains d'entre eux à partir des années 2000 (Allemagne, puis France notamment) suite à la mise en œuvre de mesures de régulation. Après le début de la crise financière, la croissance des dépenses courantes de santé (en part de PIB comme à prix constant) a connu un ralentissement sensible dans la majorité des pays européens et plus largement de l'OCDE (figure 1) du fait des contraintes fortes de maîtrise des dépenses. En France, ce ralentissement,

engagé dès le début des années 2000, s'est accentué dans les années 2009-2015 (0,8 % par an en moyenne, contre 1,7 % par an pour la période 2005-2009) [15]. Pour plusieurs pays, notamment en Europe du Sud et tout particulièrement en Grèce, au Portugal, en Italie, en Espagne, mais aussi en Irlande ou au Danemark, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut a diminué par rapport au point haut atteint en 2009¹. Ce ralentissement est d'autant plus notable qu'une tendance croissante pouvait être attendue du fait du vieillissement des populations européennes et de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques. Si tous les postes de dépenses ont vu leur croissance ralentir depuis une dizaine d'années, c'est dans le secteur du médicament que la contraction des dépenses a été la plus forte [70].

Les mesures qui sous-tendent cette inflexion des dépenses de santé ont été de différents ordres et utilisés de manière variable selon la situation économique du pays et les caractéristiques de son système de santé : diminution des budgets attribués à la santé, actions sur la couverture maladie, augmentation des copaiements (instauration de franchises), réduction du coût des soins...

Déremboursements et franchises limitent les dépenses de santé

L'accès à la couverture maladie obligatoire est rarement remis en cause mais des déremboursements et l'instauration fréquente de nouvelles franchises contribuent à limiter les dépenses de santé.

Réduire le financement public de la couverture maladie peut être une réponse en particulier dans les pays de tradition beveridgienne, c'est-à-dire ceux où le système de soins est essentiellement financé par l'impôt, avec différents leviers possibles : la remise en cause de l'universalité du droit d'accès, les restrictions sur l'étendue du panier de soins ou le niveau des remboursements.

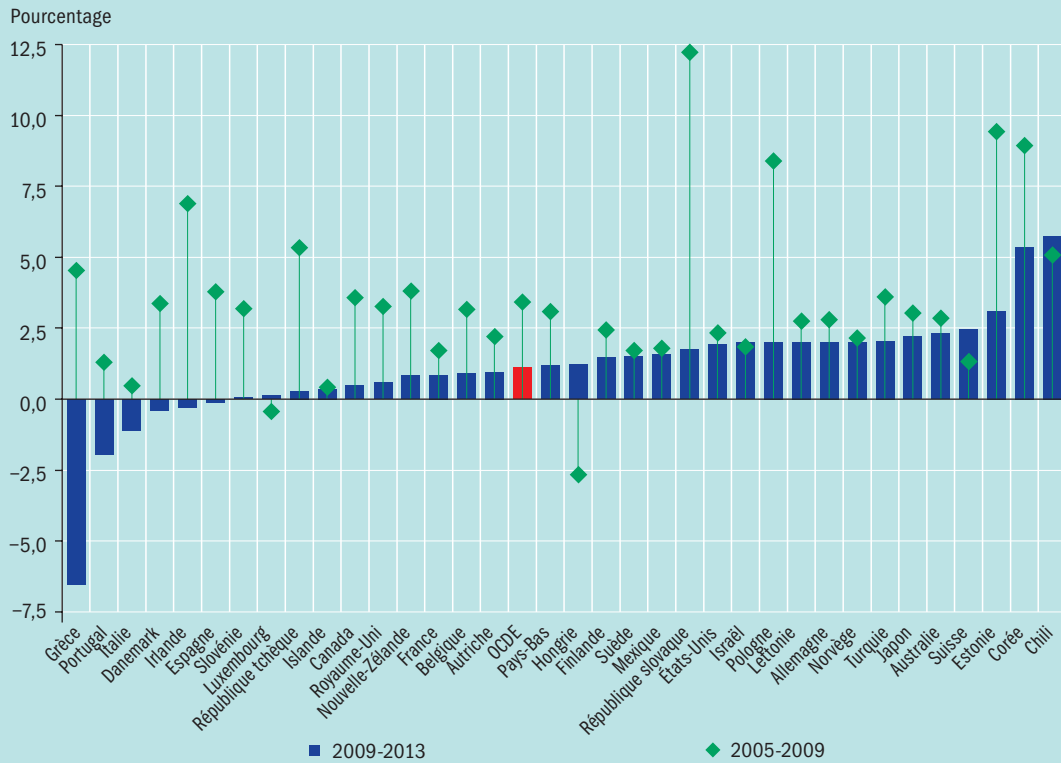
En fait, les remises en cause du droit et de l'éligibilité à la couverture santé ont été rares en Europe car elles pénalisent lourdement l'accès aux soins des personnes concernées. En Espagne, une réduction de la couverture aux seuls soins d'urgence ou concernant les enfants chez les migrants sans titre de séjour a été mise en place en 2010 [75]. En Grèce, la perte d'activité a entraîné pour certains, comme les chômeurs de longue durée, une perte de droits de couverture maladie [75]. En Irlande,

1. La récession économique qui a touché la plupart des pays d'Europe cette année-là a en effet provoqué un ressaut mécanique de la part des dépenses de santé dans le PIB (« effet dénominateur »).

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

figure 1

Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitant, en termes réels, de 2005 à 2009 et de 2009 à 2013 (ou année la plus proche)



Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

en 2009, l'affiliation automatique à la carte médicale pour les personnes de plus de 70 ans a été remise en cause pour les personnes aux revenus les plus élevés. Cette mesure a conduit à une hausse importante du reste à charge des ménages mais aussi du financement des dépenses de santé par les assurances privées. Mais la baisse du niveau de vie de la population a entraîné, *a contrario*, une inflation du nombre global de personnes bénéficiaires de la carte médicale, venue atténuer l'économie attendue de cette mesure [60].

Dans de nombreux pays, les remboursements, l'introduction de nouveaux tickets modérateurs ou de nouvelles franchises² ont constitué les mesures les plus largement employées, entraînant une hausse des restes à charge pour les personnes sans assurance santé complémentaire ou lorsque les franchises ne peuvent expressément pas être prises en charge par ces assurances complémentaires. En parallèle, une protection des populations les plus fragiles a souvent été mise en place, en plafonnant les copaiements (Autriche) ou

en étendant l'éligibilité au statut le plus favorable en termes de remboursement (Belgique).

Les politiques de déremboursement concernant le poste des médicaments ont été les plus fréquentes (République tchèque, Espagne, Portugal, Pologne, France...). Outre ces déremboursements, plusieurs autres leviers d'action ont concerné ce poste : intensification des politiques de baisse de prix et incitations, éventuellement financières, à de moindres prescriptions et à la substitution des médicaments princeps³ par les médicaments génériques. L'ensemble de ces mesures a entraîné dans tous les pays européens une diminution de la croissance des dépenses pharmaceutiques, auparavant très dynamique, jusqu'en 2009 [75].

Les coupes budgétaires ont été les plus importantes dans les pays les plus touchés par la crise comme la Grèce, l'Espagne ou l'Irlande, entraînant en particulier une diminution des effectifs hospitaliers. Les mesures portant sur l'efficacité du système de soins ont été renforcées mais, ces politiques ayant été mises en place avant la crise, il n'est pas évident de mesurer dans les

2. Ces franchises peuvent porter sur les soins de médecins, mais aussi sur d'autres postes de soins comme les séances de kinésithérapie, l'optique, les soins dentaires ou, comme en Italie, les consultations spécialisées et les recours non appropriés aux urgences.

3. Un princeps est un médicament qui incorpore pour la première fois un principe actif qui a été isolé ou synthétisé par un laboratoire pharmaceutique.



évolutions des dépenses la part qui leur est attribuable, indépendamment des effets propres de la crise, sauf pour certaines politiques de grande ampleur comme les restructurations hospitalières en Grèce ou au Portugal.

En 2014, 15 % de la dépense courante de santé restait en moyenne à la charge des ménages dans les pays de l'UE15 (soit 470 euros PPA [en parité de pouvoir d'achat]). Toutefois, le reste à charge des ménages varie très fortement en parité de pouvoir d'achat comme en part de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) (du simple au quintuple au sein de l'UE15). Avec près de 80 % de la DCSi prise en charge par des régimes publics ou obligatoires⁴, la France se situe dans la moyenne de l'UE15, mais est le pays où le reste à charge par habitant est le plus faible (7 % de la DCSi, soit 230 euros PPA en 2014). S'il s'avère difficile d'estimer le lien entre évolutions du reste à charge et de la dépense de soins dans différents pays, les évolutions observées sont instructives (figure 2). Celles-ci révèlent une augmentation significative des restes à charge dans plusieurs pays parmi les plus touchés par la crise et où les ajustements structurels ont été les plus radicaux, comme le Portugal et surtout la Grèce. Dans certains de ces pays, comme l'Espagne ou l'Italie, la crise semble même avoir inversé la tendance à la baisse du reste à charge qui perdurait depuis une dizaine d'années. Enfin, pour un troisième groupe d'États membres (comprenant la France, l'Allemagne, ou encore le Royaume-Uni et le Danemark), où les mesures portant sur les assurés ont été bien moindres qu'ailleurs en Europe depuis 2010⁵, les restes à charge sont restés très stables voire ont diminué.

4. Assurance maladie, État, fonds CMU...

5. Ainsi, on a même assisté en Allemagne à un mouvement inverse depuis 2012-2013 (suppression de copaiements pour les visites chez le médecin généraliste et du ticket modérateur pour les soins dentaires de base chez le dentiste), l'assurance maladie allemande étant continuellement excédentaire depuis 2004 du fait des mécanismes d'équilibrage en vigueur.

Au-delà de ces données globales, les difficultés d'accès financier aux assurances complémentaires aggravent le risque de restes à charge très élevés pour les ménages confrontés à certaines dépenses de santé⁶. Enfin, non mesurés par les comptes nationaux, les paiements informels ou « dessous de table » peuvent relever d'une pratique non exceptionnelle dans certains pays et constituer de fait une charge financière supplémentaire. En Grèce, cette pratique se serait amplifiée avec la réduction de l'offre de soins et l'augmentation des délais d'attente, en particulier pour les médecins spécialistes et les dentistes [95].

Le reste à charge des ménages globalement assez stable en France depuis 2006 mais très contrasté par poste de soin et inégalement réparti

En France, le reste à charge diminue depuis 2012 (figure 3) et revient à 8,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2015 [86]. En valeur absolue, il concerne surtout les soins de ville – du fait notamment des dépassements d'honoraires et des prothèses dentaires –, les médicaments et les autres biens médicaux (optique...). Tendanciellement, le reste à charge se réduit du fait de facteurs structurels comme l'accroissement de la part de la population exonérée (ALD) et de celle des soins les mieux pris en charge. Mais il peut s'accroître en cas de mesures d'économie non compensées par les assurances complémentaires : participations forfaitaires pour les consultations médicales et analyses (2006), pénalisation des patients ne respectant pas le parcours de soins, instauration de franchises pour les dépenses les plus dynamiques (2008), relèvements du seuil du forfait hospitalier, baisse des taux de remboursement des médicaments, etc. En 2015, le reste à charge baisse pour les soins de ville,

6. Dans son rapport de 2013, le HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) a en particulier pointé le fait que les restes à charge hospitaliers (avant assurance maladie complémentaire) dépassaient 3250 euros annuels dans 1 % des cas.

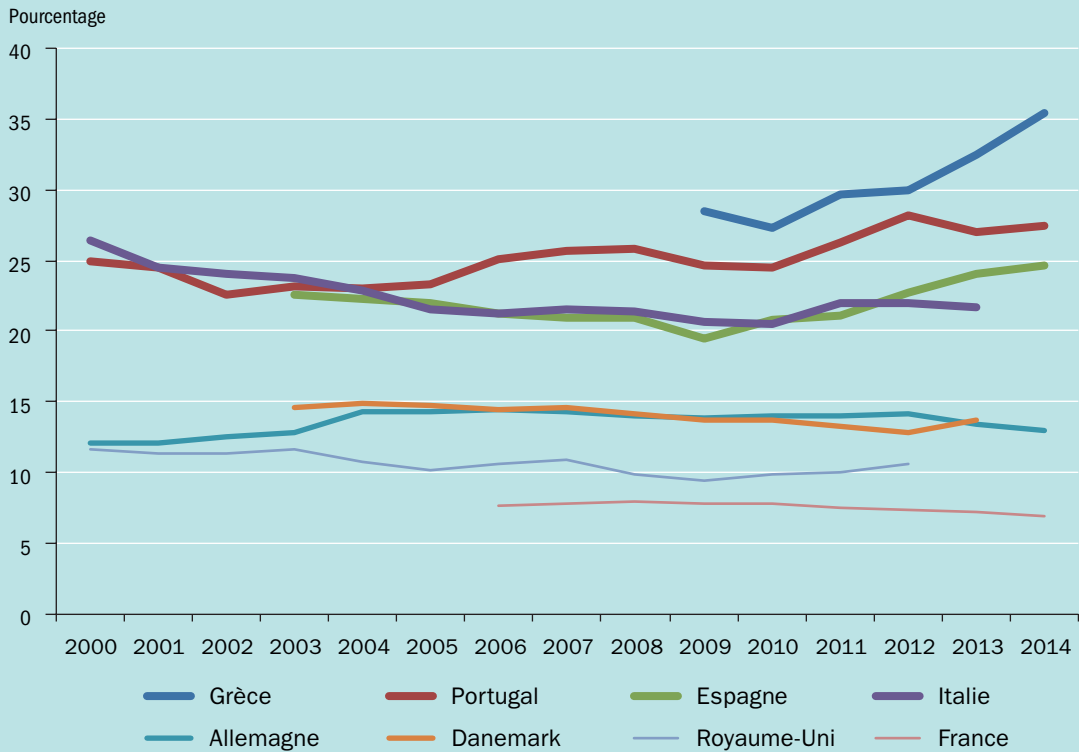
Des contraintes financières lourdes pour les ménages dans les pays les plus concernés par la crise

La définition et le niveau des restes à charge en santé peuvent différer selon les pays, les acteurs (après assurance maladie obligatoire ou après assurance maladie obligatoire et complémentaire) ou le champ de la dépense considéré. Dans un souci de comparabilité, les données du System of Health Account de l'OCDE, alimentées par les comptes de la santé [15] de la Drees pour ce qui est de la France, en présentent une nomenclature harmonisée sur le champ de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Le reste à charge s'y entend après prise en charge des assurances obligatoires et complémentaires et inclut ce qui relève exclusivement du budget des ménages. Il comprend en particulier la

part de la dépense de santé remboursable non prise en charge par les assurances maladie obligatoires et complémentaires, la dépense remboursable mais non présentée au remboursement, les dépenses relatives aux soins et biens non remboursables et les franchises, ainsi que les dépenses relatives à la facturation autorisée en sus des tarifs opposables pour les soins et biens remboursables (dépassements d'honoraires des professionnels de santé). D'autres acceptions plus larges du reste à charge peuvent inclure en sus les paiements informels ou « dessous-de-table » (*informal payments*) versés directement aux professionnels de santé, dont la mesure est par définition sujette à caution.

figure 2

Évolution du reste à charge des ménages en proportion des dépenses courantes de santé au sens international dans plusieurs pays européens

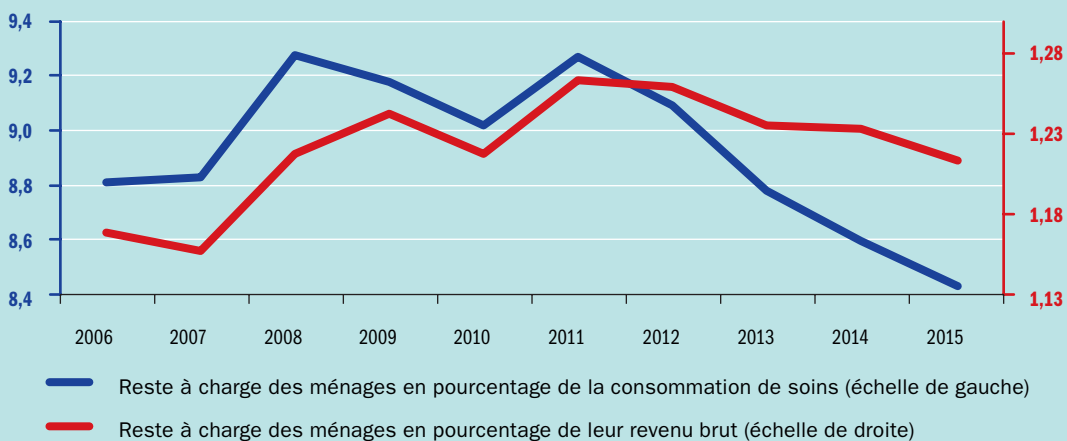


Note : pour certains pays, des évolutions de méthodologie et des ruptures de série ne permettent pas de présenter l'ensemble de la période.

Source : OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA), exploitation Drees.

figure 3

Évolution du reste à charge des ménages en France de 2006 à 2015



Source : Drees 2017, d'après les Comptes de la santé.



suite notamment à une modération des dépassements d'honoraires, alors qu'il augmente sensiblement pour les médicaments⁷ [15].

Certaines mesures phares visant à contrôler le reste à charge en limitant les montants des dépassements d'honoraires ou en plafonnant certains tarifs font l'objet de négociations conventionnelles longues et complexes, et aux effets encore insuffisants. Ainsi, entre 2012 et 2014, le nombre de médecins pouvant pratiquer des dépassements d'honoraires a continué d'augmenter. De ce fait, le niveau global des dépassements continue de croître, certes à un rythme ralenti, le taux moyen des dépassements par médecin de secteur 2 ayant effectivement diminué [16]. De même, en poursuivant l'objectif d'une généralisation de la complémentaire santé, l'accord national interprofessionnel (ANI) signé en 2013 favorise en première étape les salariés en entreprise laissant de côté la Fonction publique, les retraités mais aussi les inactifs et les chômeurs de longue durée, alors qu'après le remboursement par l'assurance maladie obligatoire, il apparaît que ce sont les ménages les plus pauvres qui ont le taux d'effort le plus important [48].

L'ensemble de ces politiques sociales placent la France dans une situation favorable vis-à-vis de la charge des dépenses de santé supportée par les personnes mais ne parvient pas à gommer complètement les inégalités d'accès aux soins. Selon l'Enquête santé et protection sociale, une faible proportion de la population (5 % en 2012) reste non couverte par une assurance complémentaire malgré les dispositifs d'aide en vigueur (couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C, et aide au paiement d'une complémentaire santé, ACS). Aussi, au final, la charge du financement des soins rapportée

7. Ce rebond de 2015 est à relier en particulier à deux facteurs : le déremboursement de spécialités à service médical rendu jugé insuffisant (antiarthrosiques d'action lente notamment) et le regain de dynamisme du marché du médicament non remboursable.

aux revenus peut rester élevée pour les ménages aux revenus modestes [47], en particulier du fait des primes d'assurance maladie complémentaire.

Une augmentation du renoncement aux soins déclaré dans certains pays et chez les plus précaires

En Europe, le renoncement déclaré aux soins tend à augmenter depuis 2008, de manière parfois plus marquée dans les pays les plus fortement impactés par la crise comme la Grèce [70], pour les populations aux plus faibles revenus, qui ont un état de santé déjà plus souvent dégradé, ainsi que pour les chômeurs [70] et les personnes âgées [86]. La principale raison évoquée est le manque de moyens financiers. En moyenne en 2014, selon l'enquête EU-Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), concernant l'ensemble des 28 pays européens ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse, les 20 % des personnes aux plus bas revenus sont quatre fois plus nombreuses à déclarer un renoncement aux soins que les 20 % des personnes ayant les plus hauts revenus (6,4 % versus 1,5 %) [70]. Les soins dentaires sont particulièrement concernés, du fait de leur prise en charge relativement restreinte par la protection maladie de base. Le renoncement aux soins est également très important chez les personnes en très grande précarité, comme en témoignent les études spécifiques menées auprès de ces populations [19]. Si les comparaisons entre pays doivent être considérées avec précaution compte tenu de la variabilité potentielle des déclarations, sensibles aux normes sociales et aux attentes en matière de santé, la réalité de cette situation est confortée par la cohérence des résultats de plusieurs enquêtes européennes (EU-SILC, SHARE) ou conduites dans différents pays. Le renoncement peut dans certains cas être mis en relation avec l'étendue de la couverture maladie et l'importance du reste à charge. ...

Remerciements :
Marie-Odile Safon,
Irdes.

Les conséquences de la crise financière sur le système de santé grec et la santé des populations

Crise et austérité : le sacrifice des dépenses publiques de santé

En Grèce, la crise et les mesures d'austérité ont conduit à une récession bien plus grave que prévue, comme l'a reconnu le Fonds monétaire international (FMI) [40]. Début 2017, le taux de chômage des adultes atteint toujours 23 % et celui des jeunes de moins de 25 ans, 47 %. Dès 2010, la Troïka¹ propose des coupes drastiques dans les budgets sociaux et sanitaires. Les dépenses publiques de santé sont réduites à 4 % du PIB en 2015 (comparé à 7 % en moyenne en Europe et 9 % en France) alors même que le PIB a plongé de 25 % entre 2007 et 2016. Ces coupes budgétaires conduisent à une réduction des prestations de l'EOPYY (l'organisme national pour les prestations de santé) et des services publics de santé (les budgets des hôpitaux publics ont été amputés de plus de 50 % depuis 2009 [49]), à des pénuries d'approvisionnement en médicaments et en vaccins, et à une augmentation des restes à charge des usagers, y compris pour des maladies chroniques comme le diabète, les maladies coronariennes, le cancer [53]... Trois millions de personnes, soit presque un tiers de la population, n'ont plus de couverture maladie et doivent payer l'intégralité des frais ou renoncer à se soigner. En corollaire, de tous les pays d'Europe où Médecins du monde (MdM) et ses partenaires gèrent des centres de soins gratuits, c'est en Grèce que la proportion de nationaux y est la plus élevée : 65 % des consultants du centre de soins de Médecins du monde Grèce à Perama, dans la banlieue d'Athènes, sont des citoyens grecs, et ils sont 50 % à Thessalonique [94].

Les impacts sur les indicateurs sanitaires

Très rapidement, une dégradation des indicateurs de santé mentale a été observée. La prévalence nationale de la dépression sévère est passée ainsi de 3,3 % en 2008 à 8,2 % en 2011 et 12,3 % en 2013 [32]. La plongée dans la précarité de nombreuses familles a également eu des conséquences sur la santé psychosociale des enfants [4]. Plusieurs épidémies inhabituelles ont été mises en lien avec cette désorganisation complète des services de santé, en particulier celle d'infections à VIH chez les usagers de drogues [92].

À moyen terme, la crise et les mesures d'austérité ont eu des conséquences contrastées : d'une part

une augmentation de la mortalité par suicide (le taux de suicide a augmenté de 12,5 % par an depuis 2009 alors qu'il diminuait de 0,9 % par an auparavant [77]) et de la mortalité infantile ; d'autre part une diminution du tabagisme et de la mortalité routière (de tels impacts différenciés ont été également observés suite à la récession espagnole). Les renoncements aux soins ont, eux, doublé au cours de la période, de même que la moyenne des dépenses de santé restant à la charge des patients [35].

Vaccinations, soins prénataux et accouchements

Les services publics de vaccination, dont l'accès était gratuit pour les enfants, ont peu à peu fermé : depuis 2013, près de 70 % des enfants sont vaccinés par des pédiatres privés. Si la couverture vaccinale infantile reste globalement satisfaisante grâce aux sacrifices consentis par les parents (le coût d'une vaccination totale pour un enfant s'élève à 1 200 euros en l'absence de couverture maladie), elle est très insuffisante dans certaines populations qui font face à de multiples vulnérabilités [76]. C'est la raison pour laquelle les équipes de Médecins du monde vaccinent sans cesse les enfants dans leurs polycliniques gratuites, dans les camps de réfugiés et de migrants, et dans leurs unités mobiles qui se rendent dans les îles et les villages isolés, là où se trouvent aussi des enfants et des adultes sans accès aux soins car les structures de santé existant auparavant ont été fermées.

L'accès aux maternités publiques est devenu extrêmement difficile, voire impossible, pour les femmes enceintes sans couverture maladie. Elles doivent régler les frais de suivi de grossesse (650 euros) ainsi que tous les frais d'accouchement (650 euros sans complication, 1 200 euros pour une césarienne). En 2014, il avait été rapporté que certaines maternités avaient refusé de délivrer un certificat de naissance à des enfants dont les mères ne pouvaient pas régler les frais d'accouchement, et que des employés avaient menacé les parents de ne pas leur rendre l'enfant tant qu'ils ne paieraient pas la facture de l'accouchement... Une procédure d'alerte a alors été lancée auprès de la Commission européenne.

Des groupes stigmatisés déjà victimes d'exclusion avant la crise

En avril 2012, un décret est publié autorisant le dépistage forcé des maladies transmissibles sous autorité policière. Des travailleuses du sexe sont littéralement traînées

Nathalie Simonnot

Directrice adjointe du réseau international de Médecins du monde, en charge de la qualité des programmes nationaux, de la communication et du plaidoyer
Pierre Chauvin
 Médecin et épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm, Équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES), Institut Pierre Louis (UMRS 1136), Inserm-UPMC, Paris

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

1. Ce terme désigne la réunion de la Commission européenne, du FMI et de la Banque centrale européenne.



par les cheveux dans des centres publics de dépistage, et des photos de femmes séropositives sont publiées dans des journaux. Accusées d'empoisonner leurs clients, certaines se sont suicidées². Malgré les interpellations d'associations et de la Commission européenne, il faudra attendre avril 2015 et le changement de gouvernement pour que ce décret soit supprimé. En avril 2013, la police grecque regroupe des usagers de drogues dans le centre d'Athènes, les menotte et les conduit dans un centre de détention, où ils subissent des dépistages forcés du VIH et le recueil illégal de données nominatives, comme leur religion [51]. Ces opérations se sont répétées à plusieurs reprises. La première salle de consommation de drogues à moindre risque a été ouverte à Athènes en 2013 mais a dû rapidement fermer faute de subventions. Aujourd'hui les équipes de Médecins du monde Grèce constatent une augmentation drastique du nombre d'usagers de drogues qui n'arrivent pas à obtenir du matériel stérile ni à accéder à des traitements de substitution, alors même que la consommation de drogues dans les rues est la plus importante d'Europe.

Au plus fort de la crise, les discours haineux et les violences contre les immigrés se sont multipliés. Montrés du doigt comme étant responsables de l'effondrement du pays, ils sont la cible privilégiée de groupuscules extrémistes et du parti néonazi Aube dorée. Celui-ci, marginal avant la crise, provoque une escalade de violences en toute impunité et entre au Parlement en 2012, avant que ses responsables finissent – enfin – par être arrêtés

2. <https://www.youtube.com/watch?v=NMOuDOSQJs>

et poursuivis par la justice. La violence n'épargne ni les femmes (même enceintes), ni les enfants, comme en témoignent plusieurs victimes prises en charge par Médecins du monde.

Quel avenir pour la Grèce ?

La population grecque a aujourd'hui largement perdu tout espoir d'une amélioration à court ou moyen termes. Elle constate au contraire que la plupart des réformes imposées par les institutions internationales à leur gouvernement conduisent à de nouvelles réductions de leurs droits sociaux et de leurs ressources. Les retraites viennent ainsi tout juste d'être diminuées pour la douzième fois en sept ans, atteignant une baisse cumulée de 40 %. Les Grecs constatent également que leur pays reste bien seul face à la crise de l'accueil des réfugiés et des migrants : les autres États de l'Union européenne n'ont accepté que 5 % des migrants qu'ils s'étaient engagés à accueillir en juin 2015. Un an après l'accord entre l'Union européenne et la Turquie, plus de 62 000 migrants sont toujours bloqués dans les camps grecs de réfugiés, sans aucun espoir d'en repartir.

Pourtant, les gestes de solidarité continuent à être visibles au quotidien, les violences racistes sont plutôt en diminution, la nouvelle loi santé de 2016 devrait améliorer l'accès des plus vulnérables aux soins, le pays a appris à vivre dans le dénuement. La Grèce restera sans doute un cas d'école en santé publique et dans l'histoire contemporaine : celui du premier État membre de l'Union européenne (à ce jour) dont le système de santé a été sacrifié au prétexte de rembourser sa dette publique. ●●●