

Les politiques publiques sur le long terme

La réduction des dépenses publiques, l'augmentation de la précarité et l'expérience de la pauvreté dès la petite enfance, impactent la santé au bout de plusieurs années. Les baisses supplémentaires de ressources risquent d'avoir des conséquences sur la santé des plus faibles car elles ont des effets sur des besoins fondamentaux : se loger, se nourrir, s'habiller et se soigner.

Conditions de vie des enfants et répercussion sur l'état de santé futur

La petite enfance est considérée comme la phase de développement la plus importante de la vie. Le développement de l'enfant, dès la naissance, est en effet déterminant pour la santé et le bien-être à l'âge adulte ; il est notamment lié aux risques d'obésité et de maladies cardiaques ou encore de mauvaise santé mentale. Dès lors, les conditions de vie défavorables et l'expérience de la pauvreté dès la petite enfance peuvent avoir un impact direct sur la santé pendant l'enfance, mais aussi plus tard à l'âge adulte. La pauvreté durant l'enfance n'est donc pas seulement un problème économique ou politique, elle peut aussi être considérée comme une préoccupation de santé publique et, en tant que telle, comme une question éthique et un enjeu de justice sociale. Cet article décrit les conséquences de la pauvreté et des conditions de vie défavorables de l'enfance sur la santé à l'âge adulte, ainsi que la manière dont elles exercent leurs effets tout au long du parcours de vie. Il synthétise les études montrant que la précarité sociale précoce joue un rôle important dans la transmission intergénérationnelle des disparités en matière de santé. Ce faisant, cet article montre la

nécessité d'entreprendre et de promouvoir une action politique ciblée sur la prévention en matière de santé dès les premiers moments de la vie.

Le développement de l'enfant est fortement lié à l'environnement familial, qui est la source la plus importante d'expérience pour un enfant, non seulement par les liens et relations qui s'établissent avec les membres de la famille mais aussi parce que les familles constituent un intermédiaire entre l'enfant et le monde extérieur. L'environnement familial est fortement lié aux ressources sociales et économiques dont les familles disposent, et il est donc très sensible aux expériences de pauvreté. Les ressources sociales de la famille comprennent les compétences parentales et l'éducation, les réseaux sociaux, et l'état de santé des membres de la famille. Les ressources économiques comprennent les ressources financières du ménage, le statut professionnel des parents et les conditions de logement (lire encadré page 37). Dans cet article, nous nous concentrons principalement sur les ressources économiques, même s'il convient de garder à l'esprit les fortes corrélations entre ces deux sphères.

Lidia Panico
Institut national
d'étude
démographique
(Ined)



Les chercheurs et les décideurs politiques s'intéressent à la pauvreté infantile en raison de son impact considérable sur la santé et le développement des enfants, mais aussi à cause de ses conséquences sociales de long terme : elle est liée à une moindre réussite scolaire et à des risques plus élevés de chômage et de pauvreté à l'âge adulte. Aujourd'hui, ils s'intéressent aussi de plus en plus à la pauvreté infantile en raison de ses effets sur la santé tout au long de la vie.

Les études rétrospectives montrent en effet que l'expérience de la pauvreté dans l'enfance est associée à une mortalité plus précoce à l'âge adulte, mais aussi à l'asthme, au diabète, aux maladies cardiaques et à l'obésité. Ceux qui déclarent des expériences négatives durant l'enfance déclarent aussi davantage de problèmes de santé mentale. Des études longitudinales confortent ces conclusions, établissant des liens entre les événements stressants au début de la vie, dont l'expérience de la pauvreté chronique fait partie, et la survenue de maladies aux âges adultes. Ils montrent que plus le nombre d'expériences négatives vécues dans l'enfance est élevé, plus la probabilité de rencontrer des problèmes de santé plus tard dans la vie est forte.

Quels mécanismes ?

Comment l'expérience de la pauvreté et de la privation dans l'enfance influence-t-elle l'état de santé actuel et à venir ? Plusieurs études ont démontré que l'exposition à la pauvreté infantile est liée à de moins bonnes conditions de vie et de logement, à des « compétences parentales » moindres, mais aussi à un accès plus difficile à des services et biens essentiels, notamment scolaires et éducatifs. Nous montrons d'abord la façon dont la pauvreté et la précarité pendant l'enfance peuvent avoir un impact sur la santé des enfants, avant d'examiner les mécanismes jouant tout au long de la vie.

En premier lieu, des revenus faibles peuvent limiter la capacité des familles à répondre aux besoins fondamentaux des enfants. L'alimentation est un domaine clé affecté par les ressources des parents et influençant la santé des enfants. Alors que nous sommes, dans les pays les plus développés, en mesure, le plus souvent, d'acheter suffisamment de nourriture pour subvenir à nos besoins, la qualité de cette nourriture peut diminuer lorsque les familles éprouvent des difficultés financières. Ainsi, dans les pays européens les plus touchés par la récession actuelle, l'apport nutritionnel quotidien et la consommation d'aliments nutritifs, comme le poisson et les légumes, ont diminué [101]. Le logement est un autre domaine clé fortement affecté par des expériences de pauvreté. En effet, le loyer, les emprunts immobiliers et autres frais liés au logement sont généralement les dépenses qui pèsent le plus dans le budget familial. Le manque d'accès à des logements abordables peut amener les familles à vivre dans des logements de mauvaise qualité, voire à perdre leur logement. Or, la qualité du logement, notamment le surpeuplement, l'humidité ou l'impossibilité de le chauffer correctement, l'exposition

à plusieurs polluants, est directement responsable d'un certain nombre de problèmes de santé chez les enfants, notamment des pathologies respiratoires chroniques telles que l'asthme.

Mais, au-delà de l'impact direct de la précarité matérielle, les faibles revenus et la pauvreté génèrent une incertitude financière influençant aussi indirectement le développement et la santé des enfants. Par exemple, la quantité et la qualité du temps que les parents peuvent consacrer à leurs enfants peuvent être affectées par cette incertitude. Des horaires de travail atypiques ou variables des parents, le manque d'aide à la maison et l'absence d'activités de loisirs peuvent dégrader les relations familiales et affecter les enfants, notamment en augmentant leur stress, qui est directement lié à un certain nombre de maladies inflammatoires. Les familles peuvent également être moins en capacité à veiller sur les enfants, préparer des repas nutritifs, créer et maintenir des routines favorables à la santé telles que des heures de coucher régulières, un temps d'écran limité et une activité physique suffisante. Les parents qui ressentent plus de stress peuvent également être plus susceptibles d'adopter des comportements défavorables pour la santé qui influencent directement la santé de leur enfant (notamment par le tabagisme passif) ou leur propre santé (par exemple, en mangeant moins bien, en faisant moins d'exercice, ou en buvant plus d'alcool), ce qui affecte leurs capacités parentales et donc, indirectement, la santé des enfants.

La pauvreté infantile est ainsi clairement liée à la santé des enfants. Mais comment peut-elle être liée à des conséquences ultérieures sur leur vie ? Un certain nombre de mécanismes ont été mis en avant pour expliquer comment l'expérience de la pauvreté infantile peut influencer la santé à l'âge adulte. Ces processus peuvent être résumés globalement par deux théories : la première s'intéresse à la manière dont ces facteurs de stress précoces peuvent déclencher une chaîne d'événements de santé et une accumulation de risques de santé au fil des âges, expliquant des trajectoires de santé dégradée à l'âge adulte. La seconde s'intéresse aux facteurs de stress provoqués par l'expérience de la pauvreté durant la petite enfance qui génèrent une réponse biologique ayant un impact direct, quoique latent, sur la santé des adultes indépendamment de leurs conditions de vie futures. Ces deux théories ne sont pas distinctes, mais décrivent des processus imbriqués qui s'influencent mutuellement et fonctionnent simultanément [50]. Nous allons en voir quelques illustrations.

En lien avec la première théorie, de nombreuses études démontrent que la mauvaise santé durant l'enfance peut se poursuivre tout au long de la vie. Par exemple, l'expérience de l'obésité dès l'enfance est liée à l'obésité adolescente et adulte. Par ailleurs, il existe de nombreuses données indiquant que la précarité précoce peut façonner certains comportements liés à la santé, tels que les habitudes alimentaires ou l'activité physique. Ainsi, les adolescents moins favo-

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

risés sont plus susceptibles de commencer à boire de l'alcool et à fumer, ce qui se traduit notamment par une probabilité accrue d'hyperalcoolisation ou de tabagisme à l'âge adulte. Des effets similaires sur des comportements tels que l'(in)activité physique et les habitudes alimentaires ont également été décrits. L'adoption de comportements comme le tabagisme à un jeune âge est souvent un mécanisme compensatoire pour faire face à un environnement difficile. Cela favorise également une transmission intergénérationnelle des désavantages, ces comportements étant souvent calqués sur ceux des parents qui font eux-mêmes face à des environnements stressants. Le développement et l'adoption de modes de vie défavorables à la santé à un jeune âge ont donc des conséquences évidentes sur la santé tout au long de la vie, et ce d'autant plus que, comme l'a montré la recherche, il est plus difficile de modifier des comportements adoptés dès le début de la vie.

En lien avec la seconde théorie, les expériences de l'enfance peuvent avoir un impact biologique direct et latent (c'est-à-dire tardif) sur la santé aux âges adultes. De nombreuses études scientifiques montrent que la plupart des maladies chroniques les plus fréquentes chez l'adulte – comme l'hypertension, le diabète, les

maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux – sont liées à des processus et des expériences qui se sont produits plusieurs décennies auparavant, voire avant la naissance. Ce corpus, connu sous le nom d'hypothèse de l'origine fœtale des risques de santé, postule que la période de la grossesse a des répercussions importantes sur la santé et le bien-être des individus, de l'enfance à l'âge adulte. L'épidémiologiste britannique David Barker est un des premiers à avoir suggéré en 1990 que le retard de croissance intra-utérin, le faible poids de naissance et la naissance prématurée augmentent les risques d'hypertension, de maladies coronariennes et de diabète à l'âge adulte. De nombreux travaux ont depuis confirmé ce lien causal, qui a été étendu à d'autres domaines de la santé [12].

Le début de la vie est en effet une période de développement rapide cruciale pour de nombreux systèmes biologiques de l'organisme. Une grande partie de la littérature qui traite de ces périodes « sensibles » ou « critiques » suggère qu'il y aurait chez l'homme une phase, allant de la grossesse jusqu'à la troisième année, essentielle pour le développement de la plupart des systèmes du corps. L'environnement de l'enfant au moment où ces systèmes se construisent peut avoir

Qu'entend-on par pauvreté et conditions de vie défavorables ?

Il y a plusieurs façons de conceptualiser et de mesurer la « pauvreté » durant l'enfance. Beaucoup de travaux se réfèrent à la proportion d'enfants vivant dans des ménages en situation de pauvreté monétaire (généralement définis comme les ménages dont les revenus sont inférieurs à 60 % du revenu médian). Cependant, le revenu familial ne reflète pas toujours les conditions de vie et le bien-être, en particulier pour les enfants [101]. La précarité et les conditions de vie défavorables font plus largement référence aux privations que connaissent les enfants dans leur foyer.

Par exemple, établissant un taux de privation des enfants, l'Unicef considère que les enfants sont fortement démunis lorsqu'ils sont privés d'au moins deux des éléments suivants :

1. trois repas par jour ;
2. au moins un repas par jour avec des protéines ;
3. fruits et légumes frais tous les jours ;
4. livres appropriés à l'âge de l'enfant (à l'exclusion des livres scolaires) ;
5. équipement de loisir extérieur (bicyclette, rollers, etc.) ;
6. activité de loisir régulière (natation, instrument de musique, organisation pour la jeunesse, etc.) ;
7. jeux d'intérieur (au moins un par enfant, dont des jouets éducatifs, des jeux de société, des jeux informatiques, etc.) ;
8. ressources financières pour participer à des voyages ou manifestations scolaires ;
9. endroit calme pour faire les devoirs ;
10. connexion Internet ;
11. quelques vêtements neufs ;
12. deux paires de chaussures de la pointure appropriée ;
13. possibilité d'inviter parfois des amis à la maison pour partager un repas et jouer ;
14. possibilité de célébrer des occasions spéciales (anniversaire, célébration religieuse, etc.).

Après une période de diminution continue dans la plupart des pays européens, la proportion d'enfants en situation de précarité matérielle est restée bloquée à un niveau constant de 7 à 8 % entre 2008 et 2012. Par conséquent, près de 1,6 million d'enfants supplémentaires vivaient en situation de privation matérielle sévère en 2012 (11,1 millions au total) par rapport à 2008 (9,5 millions au total) dans trente pays européens. La pauvreté monétaire et la précarité matérielle ne touchent pas toujours les mêmes enfants : les enfants peuvent vivre dans des ménages en situation de pauvreté monétaire sans privations grâce, par exemple, à la priorisation parentale de l'allocation des ressources pour leurs enfants, ou au soutien de la famille élargie, de la communauté et de programmes nationaux. À l'inverse, des enfants peuvent se trouver dans des conditions défavorables dans des ménages non pauvres si les parents n'arrivent pas à allouer les ressources pour répondre à leurs besoins ou si le coût d'acquisition des biens et services est trop élevé ou non subventionné par des programmes gouvernementaux. ...



une grande influence sur leur développement immédiat et leur santé ultérieure. Ainsi, des perturbations développementale et biologique telles que l'expérience de la pauvreté et ses conséquences pendant la période prénatale et les premières années de la vie peuvent affaiblir les réponses physiologiques et engendrer une vulnérabilité à certains problèmes de santé plus tard dans la vie. Par exemple, l'un des résultats les mieux établis en épidémiologie montre que l'exposition des femmes enceintes à des environnements très stressants joue sur le poids de naissance de leur bébé, sachant qu'un faible poids de naissance est associé à différents problèmes de santé à l'âge adulte comme le risque accru d'obésité, de diabète et de maladies cardiovasculaires.

La recherche sur l'impact biologique de la précarité illustre comment l'équilibre physiologique du corps peut se fragiliser lorsque les facteurs de stress chroniques s'accumulent (ce qu'on appelle la « charge allostatique »). L'activation des mécanismes de stress dans le corps engendre des réactions en cascade impliquant la sécrétion d'hormones du stress, l'augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la glycémie et des niveaux de protéines inflammatoires, ainsi que l'induction de la vigilance et de la peur, etc. L'activation temporaire de ces systèmes est normale et représente une réponse positive au stress, protectrice et même nécessaire dans une situation de stress aigu. Cependant, une mobilisation chronique de ces mécanismes peut changer de façon permanente le seuil d'activation de la réponse au stress. Cela peut notamment se produire lorsque la précarité chronique n'est pas atténuée par des liens constants de soutien et d'affection qui, comme nous l'avons vu plus haut, peuvent être affectés par des conditions de vie défavorables.

Ces notions d'impacts biologiques latents et directs, de chaînes et d'accumulations de risques expliquent la genèse de la santé chez l'adulte. Cette approche en termes de « parcours de vie » [52] permet de saisir comment la précarité durant l'enfance, notamment la pauvreté, produit une accumulation de risques pour l'avenir ou déclenche une série de risques pour la santé de l'adulte, et elle constitue un outil puissant pour expliquer le développement des inégalités socio-économiques en matière de santé [13].

Une préoccupation sociétale

Alors que dans cet article nous avons mis l'accent sur l'impact des ressources du ménage sur la santé tout au long de la vie, nous rappelons que les familles ne fonctionnent pas indépendamment de leur communauté [46]. Les modes de vie des enfants et de leurs familles sont souvent façonnés par leur communauté et les réseaux locaux, qui peuvent offrir de multiples formes d'aide, allant de biens matériels à un soutien émotionnel. De nombreuses ressources disponibles pour les enfants et les familles sont fournies au niveau communautaire ; cependant, la pauvreté des ménages

est souvent liée et amplifiée par les inégalités de ressources auxquelles ces communautés ont accès. De plus, les familles et leur communauté fonctionnent dans un contexte historique et national spécifique qui peut favoriser ou entraver les tentatives de créer des environnements sûrs et favorables pour la santé des enfants. Par conséquent, la capacité des gouvernements nationaux à créer ou réduire le risque de se trouver confrontés à la pauvreté pour les enfants, ainsi que leur rôle clé dans le financement et l'accès à des services et programmes pouvant atténuer le risque de pauvreté sur la santé dès l'enfance, ne doivent pas être sous-estimés.

En outre, les conséquences de la précarité infantile sur la santé tout au long de la vie impliquent également des coûts pour la société dans son ensemble du fait des taux plus élevés de maladies chroniques qu'ils impliquent. Ces conditions affectent l'ensemble de la société en réduisant la productivité de la main-d'œuvre, en augmentant la demande de services médicaux et les coûts de financement des programmes de soins et d'aide sociale. Ainsi, les efforts ciblés sur la petite enfance peuvent contribuer à réduire les coûts sociaux et économiques de la mauvaise santé, durant l'enfance et tout au long de la vie. Le lien entre les conditions de vie difficiles durant l'enfance et la santé d'un pays montre la nécessité d'investir dans les soins et la protection des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants, et suggère que les nombreuses tentatives visant à prévenir les maladies des adultes et à créer une main-d'œuvre en meilleure santé commencent trop tard.

Ces débats sont d'autant plus prégnants dans un contexte d'instabilité économique. Il est largement démontré que les enfants sont le groupe le plus touché par la crise économique actuelle, y compris en comparaison à d'autres groupes vulnérables comme les personnes âgées. Aujourd'hui, environ 76,5 millions d'enfants vivent dans la pauvreté dans les 41 pays les plus riches. En France, la proportion d'enfants vivant dans un état de pauvreté monétaire est passée à 18,6 % en 2012. Toutefois, dans ce contexte de crise, certains pays ont réussi à limiter – voire réduire – la pauvreté infantile depuis 2008. Le fort impact négatif de la récession sur les enfants n'est donc pas inévitable. De fait, alors que la pauvreté infantile a progressé dans 23 des 41 pays de l'OCDE, elle a reculé dans 18 pays. On compte parmi ces pays qui ont réussi à réduire la pauvreté infantile l'Australie, le Japon et le Canada, qui ont adopté des politiques moins restrictives envers les ménages avec enfants. Cependant, les enfants les plus pauvres et les plus vulnérables ont souffert de manière disproportionnée dans tous les pays, même dans ceux où la pauvreté infantile a globalement reculé, ce qui suggère que les réformes fiscales et les transferts sociaux n'ont pas atteint les couches sociales les plus modestes. L'accroissement des inégalités chez les enfants a donc été un trait saillant de cette récession pour la plupart des pays.

Les retombées de la récession sur les familles ont des conséquences importantes pour les enfants. La récession a eu un impact sur les ménages avec des enfants par une détérioration constante de la situation des membres de la famille, du fait de la perte d'emploi ou du sous-emploi et de la réduction des services publics. Les enfants sont affectés de manière disproportionnée lorsque les services liés notamment à la santé et à l'éducation sont affaiblis. Plus d'un tiers des pays de l'OCDE ont réduit leurs dépenses d'éducation publique depuis 2010, et plusieurs autres les ont bloquées. Ces impacts ont été ressentis plus intensément par les

enfants les plus pauvres et les plus vulnérables, dont les familles ont moins de ressources pour atténuer les conséquences de la réduction des services publics sur leurs enfants.

Il n'est donc pas surprenant que le rapport Innocenti 2014 de l'Unicef constate que la récession est liée à une diminution du bien-être des enfants dans les pays développés [101]. Nous savons grâce à la littérature examinée ci-dessus que cela pourrait provoquer une crise sanitaire dans les années à venir, à un moment où le vieillissement de la population met déjà à rude épreuve les services de santé et d'aide sociale. ...

Le logement et l'alimentation : deux ressources précaires pour les plus modestes en temps de crise

La crise économique de 2008 a joué un rôle de catalyseur dans le processus de disqualification sociale, accélérant le passage d'un état relativement protégé à un état dans lequel les personnes sont plus exposées et vulnérables (chômage, basculement dans la pauvreté...). La progression de la précarité a atteint particulièrement les couches de la population dont les revenus se situent en dessous de la médiane française, soit les pauvres, les personnes à revenu faible et une partie de la classe moyenne [36].

Par son ampleur et sa durée, la crise de 2008 a eu un effet plus important sur les personnes les plus modestes, entraînant une dégradation durable de leur situation en termes d'emploi, de logement, de conditions de vie. Or ce sont les personnes en situation de pauvreté accentuée (vivant sous le seuil de pauvreté monétaire, avec moins de 50 % du revenu médian) qui ont le plus augmenté par rapport à l'ensemble des personnes pauvres [72]. Cela concerne particulièrement les familles monoparentales, les couples avec trois enfants et plus, les jeunes et les chômeurs. Ceci a conduit à une sollicitation accrue des dispositifs d'accompagnement, en particulier l'hébergement social. D'autres services débordés par la demande, comme l'aide alimentaire, ont témoigné d'une montée de la pauvreté et de la précarité à la suite de cette crise.

Ceux qui ont perdu leur toit...

Le nombre de personnes sans domicile a par exemple augmenté de près de 50 % en dix ans (2001-2012) selon la dernière enquête de l'Insee [106]. La crise de 2008 contribue pour partie à cette augmentation, mais cette évolution témoigne aussi de la saturation depuis de nombreuses années du dispositif de prise en

charge des demandeurs d'asile et du nombre important de personnes déboutées, les personnes étrangères totalisant plus de 50 % des personnes sans domicile. Les sans-domicile représentent la partie visible des personnes en situation de mal-logement, qui seraient plus de cinq millions en 2016 selon la fondation Abbé Pierre.

Les caractéristiques des personnes accueillies dans le dispositif d'hébergement social témoignent de l'hétérogénéité de la population prise en charge. La composition de cette population très diversifiée est connue grâce à l'enquête auprès des établissements et services en faveur des personnes en difficulté sociale menée par la Drees tous les quatre ans auprès des bénéficiaires du dispositif Accueil, hébergement et insertion (AHI). Celui-ci comprend trois grands types de services : le dispositif généraliste, qui regroupe les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) – représentant 41 % du total des places –, et d'autres centres d'accueil, notamment l'hébergement d'urgence (18 % des places) et l'aide au logement temporaire (parc diversifié); le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés (24 % du total des places), qui regroupe les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada), l'accueil d'urgence et les centres d'hébergement provisoire pour les réfugiés (CPH); et enfin le logement accompagné (10 % des places, en résidences sociales et maisons relais) et les structures mères-enfants (6 % des places) [83]. L'enquête de 2012 met en évidence les évolutions de la structure de la population hébergée par rapport à 2008. Depuis le début des années 2000, ce dispositif est saturé. Il compte environ 100 000 places d'hébergement et de logement accompagné, hors nuitées hôtelières, ces dernières étant mobilisées par des associations en cas de manque de places d'urgence [83]. La capacité

Anne Laporte

Médecin de santé publique, agence régionale de santé d'Île-de-France, Paris

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

Pierre Lombrail

Professeur de santé publique, université Paris 13, praticien hospitalier, hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, AP-HP, Bobigny

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



d'accueil a augmenté globalement de 18 % entre 2008 et 2012 sous la pression de la demande, de la mobilisation des acteurs et des réformes successives de la politique d'hébergement.

L'effet de la crise sur la structure de la population hébergée est suggéré par l'analyse des motifs de recours à l'hébergement [82]. Si ceux-ci sont variés, le principal réside dans les difficultés économiques et sociales rencontrées par les personnes (46 % des recours en 2012, soit six points de plus qu'en 2008). Le motif « sortie de structure d'hébergement » augmente de quatre points par rapport à 2008 (20 % en 2012), indiquant la grande difficulté pour sortir du dispositif d'hébergement social. La perte de logement (à la suite d'une expulsion, d'une vente, d'une rupture de bail...) et l'impossibilité d'habiter un logement en surpeuplement ou insalubre sont également plus fréquents qu'en 2008 (14 % versus 8 %). Il faut noter que 40 % de ces personnes

étaient propriétaires ou locataires avant leur entrée en hébergement. Seule la proportion de personnes vivant auparavant dans la rue est identique (12 %).

La part des personnes hébergées après une demande d'asile est de 26 %, identique à celle de 2008. Mais seulement six requérants sur dix sont accueillis dans le dispositif spécialisé pour demandeurs d'asile, saturé. Les autres sont hébergés dans les autres structures d'hébergement social, notamment des hôtels, qui constituent dans certaines régions le principal mode d'hébergement institutionnel de cette population, comme en Ile-de-France pour les familles.

Un autre effet manifeste de la crise peut se lire dans la part des personnes hébergées sans aucune ressource financière en 2012 : 42 %, soit 13 points de plus qu'en 2008. Pour autant, les personnes ayant recours à l'hébergement social ne sont pas toutes exclues de l'emploi : 19 % d'entre elles occupaient un emploi

Environnement et santé en période de crise : l'exemple grec

Les effets de la crise financière mondiale de 2007 ne se déploient au grand jour en Grèce qu'à partir du printemps 2010 et de l'appel à l'aide lancé par son Premier ministre aux partenaires européens, rejoints bientôt par le Fonds monétaire international (FMI). Depuis, la crise grecque n'a cessé d'occuper le devant de la scène médiatique, avec des analyses focalisées sur le délitement de son système de santé (voir l'article de Nathalie Simonnot et Pierre Chauvin) et le « détricotage » de son filet de sécurité sociale, le tout mêlé aux terribles conséquences de la « crise des migrants » dès 2015.

Toutefois, le drame qui se joue sous nos yeux encore maintenant, et ses préoccupations sur le court terme, ne doit pas nous empêcher de réfléchir sur ce que les options privilégiées aujourd'hui auront comme conséquences sur le long terme. Ainsi, la pression sur les déterminants environnementaux de la santé, induite directement par la crise, présage d'une charge supplémentaire sur la santé des habitants sur les moyen et long termes.

En premier lieu, il y a l'atteinte directe due au manque de ressources financières de la population et à sa

surimposition ou surtaxation induite par les mesures d'assainissement des finances. Ainsi, la participation aux frais pour le chauffage central n'étant plus économiquement accessible pour un trop grand nombre d'habitants, qui se sont tournés vers le bois afin de se chauffer pendant l'hiver, péjore grandement la qualité de l'air des grands centres urbains [104], avec tout ce que cela implique en termes d'impact sur les maladies respiratoires, asthme, etc., notamment pour les personnes vulnérables [89, 98].

En deuxième lieu, à ces nouveaux problèmes de santé environnementale créés exclusivement par la crise viennent s'ajouter des problèmes antérieurs dont la résolution est repoussée plus loin dans le temps par manque de moyens. C'est le cas, par exemple, de la grave contamination au chrome hexavalent par des activités industrielles des eaux de la rivière Asopos, dont l'apport est important pour l'alimentation en eau potable de la capitale hellénique, les rendant ainsi impropres à la consommation humaine sans risques pour la santé [59].

Enfin, plusieurs exemples font penser à une mise en œuvre, sous

prétexte de crise et de mesures d'austérité, d'opérations d'*un-green grabbing*¹. Les décisions prises par les autorités politiques dans le domaine environnemental, sous l'impulsion de la Troïka, impliquaient le démantèlement de pans entiers de l'administration en charge de l'environnement et de la protection de la nature, et la réduction substantielle du personnel des institutions de recherche relatives à ce domaine, déjà caractérisées par une sous-dotation chronique. En parallèle, une dérégulation extensive a été entreprise, afin de stimuler les investissements en éliminant les éventuels obstacles posés par la législation. La loi « expéditive » 3894 de 2010 définit une nouvelle catégorie d'« investissements stratégiques » pour lesquels des dérogations des lois environnementales et de celles concernant les expropriations pour-

1. Le *green grabbing* est une appropriation des ressources et de la nature à des fins de préservation de l'environnement, mais où finalement le profit est le but ultime (dimension « gagnant-gagnant » pour l'environnement) ; l'*un-green grabbing* désigne par contre un accaparement des ressources naturelles protégées. Les deux relèveraient d'une même stratégie de construction de politiques néolibérales de gestion des ressources naturelles [7].

Jean Simos
Responsable
du groupe
de recherche sur
l'environnement
et la santé,
Institut de santé
globale, université
de Genève,
membre de la
commission
spécialisée
Risques liés
à l'environnement
du HCSP

en 2012 (dont 5 % en contrat à durée déterminée) quand 31 % étaient au chômage (et dans 8 cas sur 10 inscrites à Pôle emploi). Parmi la moitié d'inactifs, les trois quarts le sont par impossibilité administrative ou médicale d'exercer un emploi (37 % de l'ensemble des hébergés, 10 points de plus qu'en 2008). Ces proportions diffèrent nettement selon le type de structure d'hébergement : en Cada ou CPH, les demandeurs d'asile n'ont pas l'autorisation de travailler dans les neuf mois suivant leur arrivée.

Comment sort-on de l'hébergement social ?

Près de la moitié des personnes sont sorties de ce dispositif (hors hébergement d'urgence) en 2012 : 37 % dans un logement personnel (propriétaire ou locataire) et 18 % hébergées par de la famille ou des amis [82]. Cependant, un quart des sortants se retrouvent en fait sans solution d'hébergement pérenne : à la rue (20 %)

ou en hébergement d'urgence (5 %) alors même que les deux tiers étaient dans une situation semblable avant d'entrer dans l'établissement – ils sont en quelque sorte repartis d'où ils venaient. En Cada, c'est la moitié des personnes qui quittent l'établissement sans alternative, 18 % d'entre elles étant dirigées vers un hébergement d'urgence.

Quel impact de l'hébergement social sur la santé et la vie sociale ?

Dans le dispositif d'hébergement social hors urgence, les familles avec ou sans enfants représentent 61 % des personnes hébergées en 2012 [83], les autres étant des personnes seules, majoritairement des hommes. La population hébergée est jeune puisque 45 % a moins de 25 ans, ce qui comprend les 32 % de mineurs de moins de 18 ans presque tous (à 98 %) accompagnés d'adulte(s).

raient être accordées. En 2011, des nouvelles modifications législatives ont été introduites pour simplifier et accélérer les procédures d'études d'impact sur l'environnement, offrir la possibilité d'exempter de l'obligation de procéder à une évaluation environnementale pour certains projets concernant des sites classés Natura 2000 (y compris des projets de logements, de centres commerciaux et de nouvelles « aires de développement touristique intégré », qui concernent la construction de complexes hôteliers luxueux). Les ONG environnementales qui, jusqu'à la survenue de la crise, critiquaient les gouvernements grecs pour leur manque d'empressement à mettre en œuvre la législation environnementale européenne, essaient depuis – en vain – d'obtenir le soutien de l'UE contre les impacts environnementaux de la restructuration économique rapide de la Grèce [87].

Cette poussée vers un retour en arrière sur les acquis de la protection de l'environnement et les nouvelles menaces que cela fait planer sur la santé des habitants ont provoqué des mobilisations citoyennes locales, parfois de grande envergure. Un exemple illustratif de cela est le cas des Skouries, au nord-est de

la Grèce. Une tentative précédente d'ouvrir une mine d'or dans un site où existe une forêt primitive² et qui est vital pour l'approvisionnement en eau de la région avait été arrêtée en 2002 par décision du Conseil d'État à cause des impacts potentiels graves sur l'environnement. En 2011, avec la bienveillance de l'État, une multinationale canadienne a acquis les droits d'exploitation et, en mars 2012, les premiers 410 ha de forêt publique ont été concédés pour commencer l'exploitation, malgré les oppositions de riverains, d'ONG et de nombreux scientifiques. Le gouvernement a refusé de faire marche arrière, arguant du fait que le projet apporterait de nombreux emplois et revenus [7]. Le mouvement d'opposition a fait appel à la solidarité internationale et a trouvé un écho lors de différentes manifestations à travers le monde. Les riverains de Skouries ont dénoncé la criminalisation sans précédent de leur mouvement par le gouvernement et la distribution inéquitable des coûts et bénéfices du projet : les gains profiteront très peu à l'État grec et encore moins aux autorités locales, tandis que tous les coûts seront pour la

2. 26 400 ha, 90 % de couverture forestière, incluant des sites Natura 2000.

communauté sous la forme de dégradation de l'environnement, d'impacts sur la santé publique (pollution des ressources hydriques, des sols et de l'air) et d'atteintes négatives sur les activités économiques traditionnelles (élevage et agriculture – notamment bio, apiculture, pêche, aquaculture).

Ainsi, l'impact négatif de la crise financière et économique sur la santé des habitants de la Grèce a lieu de multiples façons, directes et indirectes, touchant la grande majorité des déterminants de la santé. Il est encore primordial dans un tel cas de figure de faire appel à des outils comme les évaluations d'impact sur la santé (EIS), qui nous permettent d'anticiper les conséquences de nos décisions d'aujourd'hui sur notre santé de demain. ...

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



Les conditions d'hébergement dans ce dispositif sont globalement favorables, les personnes bénéficiant majoritairement d'un espace privé pour elles ou leur famille [83]. Plus de la moitié des places sont situées dans des appartements ou des maisons (57 %), 31 % en chambres individuelles ou aménagées pour couple ou famille. Il reste 10 % de places en chambres partagées (dont 2 % en dortoirs) et 2 % en chambres d'hôtel.

Ces conditions d'hébergement sont bien meilleures que celles réservées aux familles en hôtel social relevant du dispositif d'urgence, essentiellement des personnes migrantes. Une description fine de ce mode d'hébergement a été réalisée en Ile-de-France par le projet Enfams (Enfants et familles sans logement). Un parc hôtelier saturé et une demande croissante d'hébergement conduisent les opérateurs d'hébergement à privilégier la quantité sur la qualité de l'équipement ou de l'environnement [56]. Outre l'exiguïté et la promiscuité, ce qui semble le plus peser sur ces personnes restent les restrictions d'usages ordinaires de l'espace (pas de possibilité de cuisiner, pas d'enfants dans les espaces communs, etc.) et le pouvoir de contrôle de la vie quotidienne entre les mains des gestionnaires des lieux (pas de visites, exclusions discrétionnaires de l'établissement...). Par ailleurs, de nombreux hôtels sont situés en grande banlieue avec des difficultés de mobilité pour des personnes sans ressources et un éloignement des services (école, PMI, etc.). La mobilité résidentielle imposée complique la scolarisation des enfants (qui reste dans ces conditions étonnamment élevée) et l'accès aux soins. Pourtant, l'enquête Enfams souligne l'importance des problèmes de santé chez les familles sans logement personnel et leur lien avec les conditions d'hébergement [102]. Les problèmes les plus préoccupants repérés étaient la santé mentale des adultes et des enfants, l'insécurité alimentaire sévère (qui touchait 77 % des adultes et 61 % des enfants) et les conséquences de ces conditions de vie sur le développement des enfants : 21 % présentent des troubles émotionnels ou du comportement et 80 % ont un retard de développement [88].

L'inadéquation persistante de l'aide alimentaire relativement aux besoins

L'alimentation est, après le logement, le second poste touché dans le cas d'une dégradation de la situation socio-économique chez les personnes les plus modestes, qui a de nombreux effets sur la santé et les relations sociales. Les personnes en situation d'insécurité alimentaire ont une alimentation moins variée, consomment moins de fruits et de légumes, souffrent de carences en vitamines, voire de malnutrition. Elles sont plus susceptibles de consommer des aliments riches en sel, gras et sucre, ce qui conduit à des problèmes de santé comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'obésité [41]. L'insécurité alimentaire peut aussi avoir des conséquences psychosociales néfastes chez les enfants (problèmes

comportementaux, scolaires et émotionnels) comme chez les adolescents (dépression, troubles anxieux, pensées suicidaires) [66].

Entre 2008 et 2010, selon les données fournies par les quatre associations nationales qui bénéficient des denrées des programmes européens d'aide aux plus démunis (Fédération française des banques alimentaires, Secours populaire français, Restos du cœur et Croix-Rouge française), le nombre de bénéficiaires de l'aide alimentaire a augmenté de 25 %. Le système d'aide alimentaire se caractérise par une mobilisation large d'acteurs tant institutionnels, qu'associatifs, économiques ou individuels. Toutefois, le recours à cette aide reste largement insuffisant. Dans l'enquête SIRS (Santé, inégalité, ruptures sociales) de 2010, réalisée en Ile-de-France auprès d'une cohorte représentative de ménages, seuls 8,7 % des individus en insécurité alimentaire modérée et 14,5 % en insécurité alimentaire sévère y avaient recours. La population en insécurité alimentaire apparaît donc beaucoup plus nombreuse que celle fréquentant les dispositifs de l'aide alimentaire (d'après la même enquête, 13 % des ménages vivant en HLM dans le Grand Paris étaient, par exemple, en insécurité alimentaire en 2010) [62]. Les raisons expliquant ce non-recours sont multiples : manque d'information, défaut de repérage par les services sociaux, difficultés d'accessibilité (transport), recours à d'autres pratiques (glanage) et – peut-être surtout – honte ressentie à recourir à certains services (d'où le succès, *a contrario*, des épiceries sociales ou solidaires).

Conclusion

En France, suite à la crise, les inégalités se sont d'abord nettement creusées entre 2008 et 2011 – sous l'effet de la hausse du chômage – avant de se réduire entre 2011 et 2013, du fait notamment de la baisse des revenus du patrimoine. Il reste que les bas revenus ont été les plus touchés par la crise économique : le premier décile de niveau de vie a baissé de 3,5 % en euros constants entre 2008 et 2013. Or ce sont chez les personnes aux plus faibles revenus que les moindres baisses supplémentaires de ressources risquent d'avoir les effets les plus péjoratifs sur la santé, en particulier parce qu'elles entament alors leurs capacités à subvenir à des besoins fondamentaux : se loger, se nourrir, s'habiller et se soigner. Depuis 2008, les données relatives au logement et à l'alimentation témoignent ainsi de la dégradation des conditions de vie des personnes les plus pauvres dans notre pays, et la littérature continue de documenter leurs conséquences défavorables sur la santé physique, psychologique et mentale des personnes concernées et de leurs enfants. Plus généralement, si cette période de crise s'est accompagnée d'un creusement des inégalités moins marqué en France que dans d'autres pays, c'est sans doute parce que les politiques redistributives en ont amorti les effets malgré la saturation de certains dispositifs et la faiblesse persistante des minima sociaux. ...