

Avis du HCSP

Précarisation sociale et santé

Le Haut Comité de la santé publique a remis au ministre de l'Emploi, Martine Aubry, et au secrétaire d'État à la Santé, Bernard Kouchner, un rapport réalisé par un groupe de travail présidé par le docteur Jean-Daniel Rainhorn consacré à « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé ». Ce rapport a été rendu public le 20 février 1998 ainsi que l'avis émis par le HCSP qui est présenté ici dans son intégralité.

Si les formes extrêmes de la précarité que sont l'exclusion et la grande pauvreté ont été largement médiatisées, les difficultés quotidiennes croissantes d'un nombre important de ménages qui vivent dans une situation d'instabilité sociale et sont fragilisés par les mutations socio-économiques qui se produisent à l'échelle de la planète, sont jusqu'à une période récente restées au second plan. Cependant, aujourd'hui, plus personne ne peut ignorer que la précarité affecte une partie importante de la population tant ses effets sont visibles dans la vie quotidienne des Français. Elle a atteint une telle ampleur qu'elle touche non seulement les catégories les plus défavorisées mais également, bien que de façon moindre, des couches sociales qui bénéficiaient encore, il y a peu de temps, d'une relative stabilité de l'emploi et du revenu.

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Elle se définit comme un état d'instabilité sociale caractérisé par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux.

Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (J. Wrezinski). Les individus les plus touchés par ces processus de précarisation sont d'abord ceux qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale : enfants déscolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, populations travaillant avec de bas revenus, jeunes ayant des emplois précaires, mères célibataires à faibles revenus, etc. Mais au-delà de ces situations, la précarité concerne aussi un nombre considérable de personnes qui sont — objectivement ou qui se sentent — menacées par l'évolution d'une société dont les règles ont été brutalement modifiées et qui risquent, si la précarité de leur emploi se cumule avec d'autres handicaps, de glisser progressivement vers la grande pauvreté et l'exclusion compromettant ainsi gravement leurs chances de réinsertion sociale. Sur la base des données statistiques disponibles, le Haut Comité de la santé publique estime que le phénomène de précarisation, au sens d'absence d'une ou plusieurs sécurités, est devenu aujourd'hui massif puisque l'on peut estimer qu'il touche 20 à 25 % de la population totale vivant en France soit de 12 à 15 millions de

personnes. On assiste donc à un véritable bouleversement de la société française qui creuse les inégalités sociales et menace à terme la cohésion nationale.

La santé est le résultat d'un processus cumulatif : sa construction débute dès la gestation et se poursuit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence. Globalement, plus cette période de la vie bénéficie de conditions favorables à son développement, meilleur sera l'état de santé à l'âge adulte. À l'opposé, moins l'enfant et le jeune adolescent font l'objet des soins attentifs de leurs parents et/ou des dispositifs sociaux prévus pour faciliter leur future intégration dans la société et en particulier l'école, plus ils se trouvent dans une situation de vulnérabilité et plus les risques de voir leur santé ultérieure être menacée sont grands. La précarisation massive de l'emploi, la dégradation des conditions de vie, en particulier dans les zones péri-urbaines, la difficulté croissante des dispositifs de protection sociale à s'adapter aux évolutions observées, créent un environnement quotidien peu favorable à l'épanouissement de la santé des individus et entraînent des comportements à risque et des conduites de consommation qui sont autant de facteurs péjoratifs pour le maintien d'un bon état de santé. De nombreux observateurs et acteurs de terrain soulignent que la pauvreté et la précarité provoquent des sentiments individuels comme la mauvaise image de soi, la dévalorisation, le sentiment d'inutilité voire même de honte, qui sont à l'origine d'une souffrance psychique aujourd'hui largement répandue. Or on sait aujourd'hui de mieux en mieux que la souffrance psychique peut être — en soi — associée au déclenchement de maladies organiques graves comme les maladies cardiovasculaires ou les cancers. Le Haut Comité de la santé publique estime que la souffrance psychique est actuellement, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité et que son ampleur ne peut être ignorée dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médico-sociale.

Les deux rapports du Haut Comité de la santé publique sur « La santé en

France » de 1994 et 1996 rappelaient que les progrès globaux, en matière de santé, pouvaient masquer d'importantes disparités. La France a connu une amélioration régulière de la santé et de l'espérance de vie sans incapacité depuis cinquante ans. Ces progrès dans l'état de santé sont essentiellement dus à l'amélioration des conditions de vie et à des changements de comportements individuels et/ou collectifs. Cependant, du fait d'importantes inégalités sociales, ils n'ont pas été répartis équitablement dans l'ensemble de la population. Par ailleurs, comme le montrent les exemples d'autres pays, l'état de santé est une situation fragile et une inversion de tendance est toujours possible sous l'effet de changements socio-économiques. Bien que l'on manque encore de données indiscutables et d'outils de prévision, les premières analyses des effets de la précarité sur la santé, menées en France et dans d'autres pays font craindre une régression du niveau de santé des populations les plus fragiles, capable d'affecter la population générale et les générations futures. Le Haut Comité de la santé publique considère que la progression actuelle des phénomènes de précarisation qui fragilisent des secteurs entiers de la population, est susceptible, à moyen terme, de provoquer une réelle dégradation de la santé des couches sociales les plus défavorisées et au-delà celle de la population tout entière.

Dans son rapport à la Conférence nationale de santé en juin 1997, le Haut Comité de la santé publique soulignait les dangers qui menacent l'ensemble de la jeunesse et en particulier celle qui vit dans des conditions difficiles. L'absence de perspectives d'avenir et des conditions de vie souvent médiocres dans des environnements peu favorables à l'épanouissement individuel créent un sentiment de mal-être, voire de véritable souffrance, qui est à l'origine de comportements à risque et de violences dont certaines études montrent qu'elles sont largement plus développées chez les jeunes issus de milieux défavorisés. Si cette situation devait durer et concerner une fraction croissante de cette tranche d'âge, ce serait l'avenir — et en particulier la santé — d'une par-

tie significative de la population française qui serait alors menacé. Le Haut Comité de la santé publique considère que la précarité éclaire de manière inquiétante le problème de la santé des jeunes qui, plus que jamais, doit devenir l'un des axes majeurs de la politique de santé publique en France. L'ampleur du risque sanitaire lié à la précarité représente donc un enjeu fondamental pour les pouvoirs publics et pour les institutions de prise en charge du risque sanitaire et social.

En précisant que la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables qui sont essentiellement que l'individu doit « *pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* », la Charte d'Ottawa élaborée en 1986 par l'Organisation mondiale de la santé décline de fait les conditions nécessaires de la cohésion sociale et affirme que celle-ci est une condition indispensable à la bonne santé collective. Ainsi que le précise d'ailleurs le préambule de la Constitution française, « *tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

Dans cet esprit, les mesures recommandées par le Haut Comité de la santé publique s'inscrivent d'abord dans une logique d'égalité qui vise avant tout à offrir à tous les individus formant la communauté nationale un ensemble de droits identiques quels que soient leur origine, leur race, leurs convictions philosophiques et religieuses, leur niveau social, leur sexe ou leur âge. Mais parce que l'on ne peut s'arrêter au rappel des conditions générales nécessaires au maintien d'un bon état de santé, les mesures préconisées par le Haut Comité de la santé publique s'inscrivent également dans une logique d'équité qui consiste à offrir à ceux qui — tout en bénéficiant d'une égalité formelle — vivent avec la menace permanente de glisser vers les marges de la so-

ciété, un ensemble de mesures spécifiques destinées à les empêcher de tomber dans la grande pauvreté et l'exclusion et donc en particulier de protéger leur santé. Bien que formant un ensemble cohérent et *a priori* indissociable, les mesures proposées par le Haut Comité de la santé publique peuvent être regroupées en trois catégories.

Des mesures générales d'intégration et de cohésion sociale à caractère préventif

Ces mesures concernent l'ensemble de la population. Elles ont un caractère à la fois préventif et intersectoriel dans la mesure où elles ont toutes pour but de renforcer la cohésion sociale en favorisant l'intégration de l'ensemble des habitants du pays et donc également ceux qui sont défavorisés. Ces mesures visent à renforcer les sécurités fondamentales et donc à empêcher — ou à freiner — le glissement vers la précarité des personnes ou des groupes les plus fragiles. Le Haut Comité de la santé publique considère comme prioritaires les mesures suivantes :

- parce que l'origine des phénomènes de pauvreté et de précarité est d'abord liée à la montée du chômage et à la détérioration des conditions de travail, la lutte contre la précarité de l'emploi mais aussi contre la dégradation des conditions de travail et de la santé au travail représente la priorité des priorités, en particulier pour la jeunesse. Dans ce domaine le Haut Comité de la santé publique se félicite des initiatives récentes visant à offrir du travail aux jeunes mais il s'inquiète de l'absence de projet d'envergure visant les jeunes peu qualifiés et d'origine modeste qui sont les plus exposés à la précarité ;
- parce que l'école peut paradoxalement contribuer à l'aggravation des inégalités, il faut d'urgence restaurer la fonction d'intégration de l'éducation nationale par une politique active de prévention de l'illettrisme et de protection de la vie scolaire et périscolaire des enfants et des adolescents. Il faut par ailleurs introduire l'éducation sanitaire dès l'école primaire ;

- il est indispensable de faire évoluer le système de protection sociale autour de deux grands axes : la simplification et l'universalisation des droits sociaux. Ceci implique en particulier de garantir le droit à un logement décent pour tous mais aussi de lancer avec tous les acteurs concernés, un grand débat national sur la protection sociale incluant des questions comme : l'allocation universelle de revenu, la mise en valeur de la notion « d'activité » par rapport à celle « d'emploi » ou encore le concept de « panier minimum » de prestations sociales et sanitaires comme il en existe dans d'autres pays européens ;

- il est enfin urgent de mettre en œuvre l'assurance maladie universelle sous simple condition de résidence.

Des mesures spécifiques de réinsertion à caractère curatif

Ces mesures s'adressent de façon spécifique à des personnes ou à des groupes sociaux défavorisés du fait de leur niveau d'éducation, de leur lieu d'habitation, de leur pays d'origine ou de leur statut socio-économique et qui sont déjà plus ou moins engagés dans la voie de la précarisation. L'objectif de ces mesures est de leur permettre de récupérer une ou plusieurs des sécurités essentielles perdues ou compromises. Un principe guide les mesures proposées : les interventions et les aides doivent être personnalisées. La diversité des cas est en effet telle qu'il est difficile de faire entrer les personnes précarisées dans des catégories et de les faire bénéficier de dispositifs prédéfinis même si ceux-ci sont évidemment nécessaires. Chaque cas, chaque souffrance est unique puisque les phénomènes de précarisation résultent de l'interaction entre des réalités objectives et un vécu subjectif. Il faut donc être à même de proposer la solution la plus proche des besoins et donc que les dispositifs de prise en charge soient les plus décentralisés et les plus transversaux possible. Les principales mesures spécifiques recommandées par le Haut Comité de la santé publique sont les suivantes :

- Favoriser l'accès à la protection so-

ciale des personnes en grande difficulté notamment en créant des cellules d'alerte « pauvreté/précarité » décentralisées.

- Améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées notamment par la généralisation du tiers payant, la possibilité d'une prise en charge de tout ou partie du ticket modérateur au-dessous d'un certain niveau de revenu, en donnant un rôle pivot au médecin généraliste par exemple au sein de réseaux et de filières de soins et en renforçant les plans départementaux d'accès aux soins en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés.

- Protéger l'enfance des conséquences des inégalités sociales par un dispositif global de suivi social et sanitaire allant de la grossesse jusqu'à l'âge de 12 ans.

- Prévenir les formes majeures de souffrance psychique que sont chez les adolescents les conduites de consommation, les prises de risque et la violence notamment par la création de lieux d'écoute et de transition ainsi que par le recrutement et la formation d'intervenants sociaux.

- Renforcer les mesures visant à mieux protéger ceux qui sortent de la vie active en situation de précarité ainsi que les personnes âgées dépendantes.

Des mesures qui permettent d'améliorer la connaissance des effets de la pauvreté et de la précarité sur la santé et le développement d'une « nouvelle culture »

Les effets de la précarisation socio-économique sur les processus de santé sont mal connus en France et en l'absence — à la fois quantitative et qualitative — de données suffisantes, il est aujourd'hui difficile de proposer des politiques sociales et sanitaires cohérentes et de mettre en œuvre des stratégies coordonnées. Le Haut Comité de la santé publique demande qu'un ensemble d'études et d'enquêtes, si possible longitudinales, sur les processus de précarisation soient lancés au plus tôt afin que puissent être mieux

connus leurs effets sur la santé et en particulier sur celle des enfants et des jeunes.

Il est enfin nécessaire de prendre des mesures permettant le développement d'une nouvelle culture concernant essentiellement l'administration, les milieux professionnels des secteurs social et/ou sanitaire (les médecins notamment) mais aussi l'ensemble de l'opinion publique pour les aider à mieux appréhender les mutations de la société et à modifier leurs comportements.

Contrairement au monde associatif et aux élus locaux qui ont très vite perçu l'importance de la progression de la pauvreté et de la précarité, mis en place les premières réponses et révélé la gravité de la situation, l'administration — à l'exception des professionnels de terrain — et les milieux professionnels de santé ont dans leur majorité fait preuve d'une faible capacité de diagnostic et d'adaptation aux nouvelles réalités. Le Haut Comité de la santé publique considère qu'un immense travail pédagogique doit être mis en œuvre pour améliorer la mobilisation de ces secteurs professionnels.

En présentant des recommandations de nature différente mais qui forment un ensemble cohérent de mesures pour lutter contre les effets à court, moyen et long terme de la pauvreté et de la précarité sur la santé, le Haut Comité de la santé publique rappelle que les inégalités de santé qui existent en France sont très marquées et qu'elles existaient bien avant que les bouleversements socio-économiques de ces dernières années les rendent plus visibles et plus massives. Ces mutations n'ont pas créé les inégalités de santé, elles les ont renforcées. Se contenter de mesures spécifiques de réinsertion, même dans l'hypothèse où elles seraient parfaitement efficaces, reviendrait donc à masquer les problèmes sans en traiter la cause profonde et serait en fait de peu d'effet sur la santé globale de la population concernée. Le Haut Comité de la santé publique considère que dans un pays où l'état de santé global s'est considérablement amélioré depuis un siècle, la lutte pour le maintien de ces progrès qui restent fragiles doit être une priorité natio-

nale qui réclame un engagement social de tous les secteurs de l'action publique et de la société civile. Prévenir la régression de l'état de santé des couches sociales les plus défavorisées et surtout de la jeunesse est un objectif dont le caractère éthique ne saurait échapper à l'ensemble de la société française.

Avis adopté par le Haut Comité de la santé publique lors de sa séance plénière du 11 février 1998